

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LE
DYNAMISME NERVEUX PSYCHIQUE
DANS LES MALADIES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 20 février 1897, à 5 heures de l'après-midi

PAR

Henri-Marie-Adolphe AIMÉ

Né à Nancy, le 2 août 1872

Examineurs : { MM. BERNHEIM, professeur, président.
DEMANGE, professeur.
HAUSHALTER, professeur agrégé.
ZILGIEN, professeur agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LE

DYNAMISME NERVEUX PSYCHIQUE

DANS LES MALADIES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le samedi 20 février 1897, à 5 heures de l'après-midi

PAR

Henri-Marie-Adolphe AIMÉ

Né à Nancy, le 2 août 1872

Examineurs : { MM. BERNHEIM, professeur, président.
DEMANGE, professeur.
HAUSWALTER, professeur agrégé.
ZILGIER, professeur agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I ☉.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✱, I ☉, HERRGOTT ✱, I ☉,
HECHT ✱, I ☉, BEAUNIS ✱, I ☉.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, ✱ I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, ✱ I ☉, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I ☉, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I ☉, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I ☉, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I ☉, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I ☉, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I ☉, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I ☉, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I ☉, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I ☉, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I ☉, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I ☉, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I ☉, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A ☉, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ☉, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A ☉, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A ☉, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I ☉, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A ☉, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A ☉, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A ☉, ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A ☉.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ☉.	GUILLOZ.	LAMBERT.
FÉVRIER, A ☉.	FROELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN ✱, I ☉, ROHMER, I ☉, VAUTRIN, A ☉,
REMY, A ☉, P. PARISOT, A ☉.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , A ☉, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

Mens agitat molem.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

L'hypothèse de forces agissant indépendamment des conditions organiques désignée autrefois du nom de théorie du dynamisme a été abandonnée avec juste raison.

Le dynamisme est une modalité fonctionnelle.

Parmi les faits cliniques de diverses nuances, la symptomatologie sans fondement anatomique connu des uns leur mérite la qualification de dynamiques. La lésion évidente ou facilement connaissable chez les autres justifie les troubles en présence. Entre ces deux ordres de manifestations une différence catégorique ne saurait être mise. L'insuffisance de nos moyens actuels d'investigation défend de nier toute altération organique, si peu durable qu'elle soit, dans un cas pathologique quelconque.

Les phénomènes naturels ont entre eux des rapports de degré dans le temps et dans l'espace.

L'observation nous apprend que certains phénomènes morbides évoluent rapidement sans traces perceptibles, et que certains autres s'accompagnant de désordres matériels notables ont une durée fixe, longue, cyclique. Ce sera se conformer à elle que d'admettre pour l'instant une dissemblance artificielle entre les troubles dynamiques et les troubles de nature organique.

M. le Professeur Bernheim a attiré notre attention

sur ceux du premier genre dans le domaine du système nerveux. En nous appliquant alors à l'étude de l'Élément nerveux dynamique psychique dans les maladies, nous avons constaté que si souvent il se mêlait à des symptômes classiques, parfois il était à lui seul toute une symptomatologie.

Le travail que, sur le conseil de notre Maître, nous présentons aujourd'hui est le résultat de nos recherches. Nos relevés presque quotidiens à son service pendant plus d'une année ont composé la majeure partie de nos observations. Nous nous en sommes inspiré pour échafauder la courte théorie par laquelle débute cette thèse avant tout clinique.

Cette théorie comprend deux chapitres affectés à la Définition, à la Nature et à l'Étiologie de notre Élément.

Puis s'ouvre le livre clinique, largement accupé par la Description et dont les dernières pages sont consacrées au Diagnostic, au Pronostic, et au Traitement.

Une forme nouvelle de la médication suggestive, inaugurée par notre Maître « l'Entraînement », sera exposée. Elle nous a procuré maints succès, comme l'on verra.

Fort souvent un style imagé nous a été d'un emploi inévitable. A quiconque nous le reprochera, nous répondrons qu'il n'est pas d'autre terminologie spéciale aux choses de la Pensée.

Celle-ci est sans limites. Aussi, quoique nous espérions avoir employé tous nos efforts à remplir une tâche dont nous ne nous sommes jamais dissimulé la difficulté, le résultat est à coup sûr incomplet.

Ce nous est maintenant, au seuil de cette étude, un devoir agréable de remercier tous nos Maîtres de la Fa-

culté de l'accueil que nous avons trouvé à leurs savantes leçons.

Tout particulièrement nous ferons à M. le Professeur Bernheim hommage de notre profonde gratitude pour les conseils lumineux qu'il voulut bien nous donner au cours de sa clinique si hautement intéressante. Nous n'oublions pas qu'en plusieurs entretiens il nous communiqua ses vues personnelles sur des points délicats de la neuropathologie. Il fut notre initiateur en psychothérapie. Sa doctrine anime ce modeste ouvrage. Et sa science habile à dégager l'Esprit des choses, son amour des théories élevées et généreuses, soutenues par des raisons pratiques, nous ont infusé ensemble une admiration pour leur auteur, un goût sincère pour la Médecine.

Nous prierons ensuite M. le Professeur Spillmann, d'agréer l'expression vraie de notre reconnaissance. Lorsque nous eûmes l'honneur d'être à son service, nous suivîmes son enseignement avec un intérêt d'autant plus facile et d'autant plus grand qu'ils sut aimablement guider nos premiers pas cliniques.

Durant notre externat, M. le Professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, a mis à notre portée sa science chirurgicale. Nous garderons de ce temps un souvenir heureux dont nous nous empressons de lui offrir le mérite.

M. le Professeur Demange qui nous a toujours montré de la bienveillance et secondé de son appui pendant notre scolarité a accepté d'être un de nos juges. C'est pour nous une occasion de lui renouveler l'affirmation de nos sentiments dévoués.

MM. Vautrin et Rohmer, professeurs agrégés, nous ont marqué une affectueuse condescendance quand nous

travaillions à leurs côtés. Nous les remercions de nous avoir laissé, avec une complaisance parfaite, mettre à contribution leur double compétence gynécologique et ophtalmologique.

Merci également à MM. les Professeurs agrégés Haushalter et Parisot et pour le profit que nous avons tiré de leurs cliniques instructives et pour le concours précieux de renseignements qu'affablement ils nous ont prêté.

Nous associerons à ces témoignages le nom de M. le Docteur Liébault dont la modestie jalouse seule l'originalité des conceptions. Nous lui savons gré de nous avoir, plusieurs fois, fait partager ses espérances.

Janvier 1897.

PARTIE THÉORIQUE

DÉFINITION ET NATURE DE L'ÉLÉMENT DYNAMIQUE PSYCHIQUE

On oppose, dans le langage courant, le *moral* au *physique*. Et l'acception sous laquelle on entend chacun de ces deux termes est peu précise. Néanmoins tout le monde les comprend. Le bon sens départit fort bien le rôle de l'Imagination, cette maîtresse d'erreur et de fausseté, dans tous les événements, même morbides.

Si nous cherchons à définir le *moral* par l'ensemble de certains phénomènes psychiques-dynamiques, nous nous apercevons que le qualificatif psychique manque aussi de précision. Cependant, de l'avis de tous, il est également compréhensible.

Qu'il nous suffise d'avoir fait, une fois pour toutes, cette remarque. Nous emploierons alors, après réflexion, ces termes avec leur signification usuelle.

Les rapports du moral et du physique forment une question très ancienne dont la solution unique n'a jamais été fixée par la philosophie. Leur connaissance a préoccupé les grands esprits de tous les temps, depuis Paracelse jusque Cabanis.

Elle constitue « une science à part qui n'est ni la psychologie, ni la physiologie, mais l'alliance de l'une et de l'autre ; cette science, Cabanis l'a ébauchée ; c'est à la médecine à la perfectionner. Il ne faut pas élever un mur de séparation entre la psychologie et la physiologie (1). »

(1) *Discours de M. Bousquet, Académie de Médecine* (Séance du 12 juin 1855.)

De nos jours, la psycho-physiologie est née. Cette science expérimentale est en grande partie celle du dynamisme nerveux, du dynamisme cérébral.

Le cerveau est un lieu de passage où, sans préjuger du séjour qu'elles y font, les impressions acquises par les sens ou venues de la périphérie sont susceptibles de devenir sensations, perceptions, idées, émotions, actes successivement.

Après Brown-Sequard (2) Exner (3) concède aux éléments nerveux deux importants *pouvoirs de dynamogénie* et d'*inhibition*. Ils consistent dans la propriété de certaines parties du système nerveux d'augmenter ou de diminuer l'excitation d'autres parties.

Les *Idées*, rapports de perceptions actuelles ou remémorées (Beaunis), assimilation par les cellules ou neurones supérieurs, dits psychiques, d'une excitation perçue à une autre précédemment enregistrée, héritent de ces deux pouvoirs. Elles les doivent à leur qualité essentielle d'expressions dynamogènes ou inhibitives de certains éléments nerveux.

Les idées sont donc des faits nerveux dynamiques.

M. le Professeur Bernheim établit une distinction schématique dans le cerveau entre un étage supérieur dévolu aux facultés de contrôle et un étage inférieur dévolu aux facultés d'imagination, à l'automatisme cérébral. Le premier a une action modératrice sur le second, de même que le cerveau modère l'automatisme spinal. Les excitations qui n'aboutissent pas à l'étage supérieur de contrôle peuvent être exprimées incontinent

(1) « Cette faculté inhibitive ou dynamogène appartient à nombre de parties du système nerveux. » (Brown-Sequard.)

(2, Exner. — in *Ann. Psychol.*, 1895.

en actes ; c'est un réflexe *sensitivo-moteur* ; exemple : quelqu'un nous pince le bras, nous crions, nous laissons échapper une expression malséante. C'est un acte automatique. Que l'excitation demeure un temps moins court de sorte que nous en ayons conscience, qu'une idée s'interpose entre elle et l'acte, la parole qui lui succèdent, c'est un réflexe *sensitivo-idéo-moteur* ; nous avons conscience de la personne qui nous a pincé le bras, néanmoins l'excitation a poursuivi son chemin, et un mot, cependant d'une façon automatique, est sorti de notre bouche.

Il en est autrement si l'excitation change de voie d'acheminement et parvient à l'étage où elle sera soumise au contrôle. C'est alors — pour continuer notre exemple — que nous considérons l'âge, la supériorité, etc., de la personne qui nous a pincé le bras. Nous faisons inhibition aux actes ou paroles automatiques qui pourraient se manifester. Nous *réfléchissons*. La réflexion modère ainsi l'automatisme cérébral.

La loi *des réflexes* domine la physiologie nerveuse. Elle se confond avec la loi de l'habitude.

Celle-ci régit la formation des idées et le mécanisme de leur association. Par elle, une idée tend à se reproduire indéfiniment, soit acte, soit sensation ; par elle, la conductibilité d'une voie nerveuse est plus grande dès la première excitation qui semble ouvrir davantage cette voie à l'accès d'excitations nouvelles.

D'autres phénomènes dynamiques sont rattachables aux Idées. Ce sont les *Émotions*. Elles prennent aux Idées leurs raisons d'être. La différenciation subtile habituellement faite entre les émotions physiques et les émotions morales n'est pas respectueuse de leurs origines. Un choc physique, c'est une commotion, non une émo-

tion. Celle-ci, morale si l'on veut, psychique même, lui succède.

En réalité, une émotion n'est qu'une phase de l'excitation nerveuse partie d'une cause quelconque. Elle fait suite à l'image représentative de cette cause, souvent tardivement. On verra dans plusieurs de nos observations que des impressions violentes ne sont suivies de troubles dynamiques émotifs véritables qu'un temps assez appréciable après leur production : c'est qu'il a fallu un certain délai à la représentation mentale pour se former un certain délai pour laisser une empreinte, l'émotion. Un choc (contusion, mauvaise nouvelle) cause d'abord en bloc une excitation cérébrale confuse d'où l'idée se dégage lentement s'il est physique, plus rapidement s'il est moral (car l'impression a pénétré directement le domaine psychique). Puis le calme se fait. Si, plus tard alors, l'image de la cause émotionnelle surgit et suggère à son tour un état psychique particulier, avec ses conséquences, l'émotion a, cette fois, un caractère morbide qu'elle emprunte au cerveau qui l'a enregistrée. Ce sentiment tardif pathologique se présente sous forme d'obsession, d'hallucination.

L'émotion n'a donc de valeur que par l'idée qui l'a devancée et dont elle recueille la force dynamogène ou inhibitrice.

On a voulu faire de la protubérance, du bulbe, les centres émotifs (Clarke, Todde, etc.). Ils n'ont pour mission apparente que de traduire les émotions. Le bulbe reçoit l'excitation venue de plus haut et la transmet aux nerfs vagues, à la moelle d'où elle se propage aux nerfs moteurs, aux vaso-moteurs ; ce qui donne lieu aux trou-

bles de suffocation, d'agitation convulsive, de constriction vasculaire (1).

Les émotions, les idées, voilà, en somme, des faits dynamiques-psychiques de haute importance.

Cependant, dérivée d'une sensation visuelle, auditive ou autre, une idée est acceptée par le cerveau, si la *crédibilité*, inhérente à l'esprit humain (Bernheim) n'est pas contrebalancée par la raison. L'introduction de l'idée dans le cerveau et son acceptation par lui, telle est la *suggestion* (*Ibidem*). La *suggestibilité* d'un individu sera son aptitude à accepter les idées et à les réaliser. Pas d'idée, pas de suggestion. Celle-ci repose sur le mécanisme des associations, elles-mêmes explicables et par les rapports de voisinage des éléments nerveux de l'encéphale et par la loi de l'habitude réglant le fonctionnement de ces éléments.

Le monde extérieur compose une atmosphère suggestive où pour chaque collection d'individus (famille, nation, etc.,) qui s'est légué un même terrain nerveux, la possibilité de rencontrer les mêmes conditions réveille un même ordre d'idées, de suggestions.

Mais si les sensations provenues du contact avec le monde extérieur déposent en nous des suggestions, les sensations internes, viscérales, musculaires, sans localisation précise, déterminent aussi des suggestions qui, en apparence spontanées, portent le nom d'*autosuggestions*. Elles découlent d'une association d'idées bâties sur une sensation interne, et « en rapport avec des souvenirs accumulés par des suggestions antérieures ». (Bernheim).

(1) Pour Lange et Ribot un anesthésique serait privé d'émotions, car l'émotion consisterait dans les perturbations vasculaires et musculaires.

Certains gens sont des autosuggestionnistes invétérés. D'autres, et c'est la majorité, ne le sont que temporairement. Les premiers disposent d'une individualité psychique spéciale, individualité psychique dont il nous faut maintenant parler.

Chacun tient de sa structure cérébrale, façonnée par les conditions diverses héréditaires et acquises, une spécialité de sensations. La succession des interprétations cérébrales des sensations, l'ensemble des modes particuliers de sentir, telle est l'*individualité psychique*. Elle est placée sous la dépendance du terrain cérébral. Celui-ci, portion capitale du système nerveux, a une valeur proportionnée à l'importance totale de ce système nerveux dans l'organisme. Le corps d'un être est un ensemble qui doit sa signification aux liens nerveux réunissant les parties constituantes, et aux éléments nerveux intermédiaires avec l'extérieur. Si par une exagération de ce rôle indispensable au fonctionnement normal des organes qui lui est attribué, le système nerveux crée une disposition constante aux accidents nerveux fonctionnels, il y a ce qu'on appelle « diathèse nerveuse ». Cette diathèse est transmissible héréditairement. L'individualité psychique est influencée par elle.

Les qualités d'une perception, d'une idée et de la suggestion attenante sont imputables à l'individualité.

« L'idée ou la sensation première est mûrie par le cerveau et, celui-ci, par une élaboration inconsciente dans laquelle interviennent les impressions antérieures, les idées accumulées comme souvenirs, la modalité native, aboutit à une conception variable qui fait l'individualité psychique. De ce travail cérébral nous ne connaissons que l'idée ou la sensation initiale ; la porte d'entrée, et

la conception définitive, le résultat ; la porte de sortie. » (Bernheim). Le terrain psychique *élabore* l'impression reçue, l'individualité *particularise* l'impression élaborée, devenue idée, suggestion. « Autant de cerveaux, autant d'aptitudes, autant de suggestibilités diverses aux impressions identiques » (*Ibidem*), autant d'individualités.

Néanmoins, pratiquement au point de vue clinique, les individualités sont groupables. D'une façon générale, leur aptitude cérébrale à recevoir facilement des impressions fait dire de certaines personnes qu'elles sont des *impressionnables* ; leur aisance à passer sur le champ de l'idée à l'acte sans contrôle en classe d'autres sous la rubrique d'*impulsifs*. Enfin les autosuggestionnistes, les mélancoliques, les hypocondriaques gardent leurs impressions avec un soin jaloux.

Toutes ces notions qui viennent d'être brièvement exposées nous permettront de définir notre élément dynamique-psychique-morbide ; c'est « *toute action nerveuse anormale qui, ne correspondant à aucune altération organique apparente, connue et durable, se compose d'idées, d'émotions, et dépend de l'individualité psychique. Elle est susceptible d'être effacée par une autre action dynamogénique thérapeutique, telle que la suggestion.* »

Comme on le rencontre mêlé aux entités morbides organiques, il mérite d'être dit « élément » par rapport à elles. Son caractère dynamique est issu de la dynamogénie des idées et des émotions. Ce qualificatif « dynamique » marque bien les troubles qui lui sont imputables, troubles sans lésion manifeste, et les sépare ainsi même des psychoses par intoxications variées où l'imprégnation probable des centres nerveux par les toxines et les toxi-

ques laisse supposer une altération matérielle, au moins minime.

Commenter cette définition, ce sera décrire la nature de notre Élément.

Une idée contient un acte en puissance. « Toute idée suggérée et acceptée tend à se faire acte » (Bernheim). Cette loi psychologique est fondée sur l'observation. L'idée-acte est *positive* ou *négative*.

Positive, elle redevient sensation, négative, elle neutralise une sensation, un mouvement, en vertu de ses pouvoirs de dynamogénie et d'inhibition. Cette loi de l'*idéo-dynamisme* a été posée par M. le Professeur Bernheim et étayée par lui d'exemples probants auxquels nous renvoyons (1).

L'idée redevenue sensation ! c'est l'explication des illusions sensorielles (2) ; c'est le secret des autosuggestions à degrés si variés, à doses individuelles tantôt faibles, tantôt massives. Une idée dérivait d'une sensation, elle a pénétré la conscience ; elle s'inscrit dans la cellule, dans un groupe de cellules ou de neurones psychiques. L'inhibition d'idées concurrentes l'empêche de se manifester ; elle reste latente. Son rappel sera celui de la sensation originelle.

Les malades imaginaires ont cette crédulité qui réalise de telles sensations en retour, si l'on peut ainsi dire. Ils sont journellement victimes d'une considération ironique ou négligente, lors même qu'ils souffrent véritablement.

L'idée neutralisante ! c'est l'explication des paralysies

(1) Bernheim, — *Hypnotisme*, — *Suggestion*, — *Psychothérapie*.

(2) Hack Tuke, — *Le Corps et l'Esprit*.

d'origine psychiques ; c'est le secret des anesthésies sensitivo-sensorielles-dynamiques.

L'idée agit sur les fonctions d'un organe.

Quant à l'émotion, elle doit, comme l'on sait, sa raison d'être à l'idée. Une idée dégénère en émotion, de même qu'une émotion projette à son tour une image. L'observation nous montre que l'idée est fréquemment une émotion qui commence. L'idée de la mort, même imprécise, est encore dénaturée par l'imagination émotive qui la prolonge.

L'émotivité morbide est pourtant l'apanage d'individualités psychiques en souffrance, de terrains cérébraux viciés seuls que leur défectuosité rend plus accessibles aux émotions diverses.

L'irritabilité des épileptiques, des choréiques, de certains névrasthéniques vient de cette émotivité malade.

Il est aisé de deviner sur l'heure quels seront les troubles dynamiques dus à l'élément nerveux psychique. Réunis sous le nom de psycho-dynamisme, ils seront idéo-sensoriels, exemple : hallucination auditive ; idéo-sensitifs, exemple : anesthésie d'origine psychique ; idéo-moteurs ; exemple : parésies de même origine ; idéo-émotifs ; exemple : mélancolie, enfin, psychiques propres, c'est-à-dire que plusieurs idées naîtront d'une seule, et avec elles des états psychiques voisins ; exemple : phobie ou idée de répulsion accompagnant une idée fixe, une obsession. L'individualité diversifiera ces troubles.

Ainsi toute impression arrivant au cerveau est suggestive ; la suggestibilité individuelle n'est autre chose que la réaction de chaque cerveau aux diverses impressions. Et ce mécanisme idéo-dynamique est subordonné à la

conformation du cerveau ; il est variable avec l'individualité cérébrale.

Dans les individualités morbides, l'idéo-dynamisme se composera des troubles divers qui sont l'objet de notre description.

Auparavant, voyons les causes.

ÉTIOLOGIE

L'étude des causes de l'élément nerveux dynamique est celle de l'origine des idées, des émotions, des individualités psychiques qui lui ont donné naissance. Remontons alors aux sensations provocatrices des idées et des émotions. *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*, est un aphorisme vrai.

Ou bien elles nous viennent de l'extérieur, ou bien elles se développent en nous.

Le monde extérieur est le dispensateur prodigue de nos sensations. Tel est le mode d'existence des êtres vivants, disait Bichat (1), que tout ce qui les entoure tend nécessairement à les détruire. Réagir c'est sentir. L'être humain est en rapport avec l'extérieur par l'intermédiaire de ses différents sens et appareils.

La *peau* subit tous les agents physiques. Les variations de la température, de l'état hygrométrique et de l'état électrique de l'atmosphère exercent sur elle une action complexe. Les contacts de toute sorte (piqûres, coupures, contusions, etc.), sont chez le prédisposé l'occasion de névroses traumatiques.

Les impressions venues des *sens* (vue, ouïe, goût, odorat, toucher) sont capables souvent de désordres psychiques. La nuit influe sur les phénomènes physiolo-

(1) Bichat. — *Recherches physiologiques sur la vie et la mort.*

giques et morbides. Unie au manque d'excitation elle amène un ralentissement de la nutrition.

Une lumière excessive provoque des troubles visuels qui retentissent psychiquement sur l'organisme. La lecture, la musique, les discours et conversations, etc., nous infusent des idées, des images, font peser sur nous des suggestions nombreuses transformables en habitudes, imitations, tics de tout genre. L'irritation du sens génésique entraîne chez certaines personnes la formation de représentations voluptueuses et réciproquement.

Les sensations *internes* (musculaires, viscérales), par le mécanisme de l'autosuggestion, se répercutent sur les facultés psychiques. De là des idées, des émotions.

L'arthralgie simple, l'arthrite sèche, les crampes musculaires, les luxations, entorses, fractures, les douleurs osseuses, tout ce que dans le vulgaire on englobe facilement sous le nom vague et complaisant de *rhumatisme*, donnent jour à mille idées, à mille agents nerveux dynamiques.

Les sensations viscérales impressionnent l'imagination qui alors enfante une foule bigarrée d'images, de manières d'être, depuis le malaise léger jusqu'à l'émotion vive. Rien de plus trompeur ni de plus indécis que ces sensations intérieures dont les réflexes psychiques s'intitulent appréhension, angoisse, effroi, sentiments de constriction, d'oppression, de strangulation, douleurs erratiques, lancinantes, térébrantes, incisives auxquels le malade n'affecte pas de siège stable. C'est ainsi qu'une gastralgie survient à la suite d'une indigestion banale à qui le sujet prête une importance exagérée. La présence d'helminthes dans le tube digestif suscite des convulsions. Une contusion insignifiante de la paroi abdominale yretient

une hypéresthésie, suivie d'agitation générale au moindre contact, parfois de vomissements, ce qui simule une péritonite. Que de pseudo-angines de poitrines éclatent sous l'impression subjective de palpitations idiopathiques accélérées par un surcroît de fatigue ! Une irritation laryngée minime se transforme en spasme de la glotte, en toux convulsive et opiniâtre. Une cystite ancienne, un rétrécissement du canal de l'urèthre s'accompagnent fréquemment d'un état général de susceptibilité nerveuse.

La destinée d'un rayon lumineux change avec le milieu qu'il traverse, plus encore avec les obstacles qu'il rencontre. Semblablement le sort d'une sensation est adaptée aux milieux nerveux qu'elle parcourt. Tel écran diffuse la lumière blanche, tel cerveau réagit vaguement ; tel miroir réfléchit intacte une image, tel cerveau renvoie entière une excitation ; telle atmosphère condensée dévie le faisceau de lumière, tel cerveau déforme la sensation. Cette comparaison fait voir la valeur générale d'une individualité psychique. Si on la poursuit, on constate l'analogie suivante : la conception d'un rayon lumineux sans le milieu où il se meut est aussi invraisemblable que celle d'une sensation sans l'individualité psychique où elle évolue.

L'Hérédité nous lègue un terrain cérébral, et avec lui, telle aptitude ou telle tare mentales. Les fils d'alcooliques, d'épileptiques sont exposés plus que tout autre aux manifestations de la névrose.

L'état de l'enfant au moment où il vient au monde est plus ou moins comparable à celui de l'hypnotisé (Guyau). Même état de monodéisme passif. Dans son cerveau dorment les impulsions à certain acte, à certain mode de penser héréditaires. « Prenez les enfants au sein, alors

que leurs cerveaux, vierges d'impressions acquises, réagissent avec l'organisation native. Soumettez plusieurs de ces enfants à un bruit insolite, un sifflement par exemple. Qu'arrivera-t-il ? L'un aura peur et criera, le second cessera de crier et rira.... Ainsi le phénomène sensoriel initial étant le même, l'idée consécutive, c'est-à-dire la suggestion sera diverse suivant la constitution psychique native de chaque cerveau. » (Bernheim). Les suggestions de l'*Éducation* et des *Ambiances* successives corrigent l'aptitude nerveuse ancestrale, et sur ce fond gravent des aptitudes, voire des attitudes nouvelles.

Les influences de l'*École*, de l'*Autorité* quelle qu'elle soit, de l'*Imitation*, de la *Religion*, de la *Profession* inclinent l'être humain à de particulières façons de vivre, de se comporter. Les *habitudes* se forment qui marquent le terrain psychique d'empreintes durables et dessinent l'individualité. Tout cerveau dynamise mais différemment ; chez l'un la suggestion est *passive*, elle demeure inexprimée ; chez l'autre elle est *active*, elle est traduite, extériorisée.

Les *maladies* aussi bouleversent notre genre d'existence. Outre leur action organique effective, elles font trace sur l'esprit du malade. La guérison matérielle, si l'on peut dire ainsi, laisse un convalescent, dont l'éducation mentale est souvent à refaire. Des souvenirs sont morts. Une sorte de renaissance idéo-sensitive commence. Bien des sensations reparaitront sans avoir de portée sensible avant quelque temps.

Mais, ce qui contribue surtout à former les individualités psychopathiques futures qui nous intéressent, ce sont les affections nerveuses, les névroses.

Doit-on dire de la *nevrasthénie* qu'elle compose une

individualité-type ? Cela est inexact ; car il existe des modalités névrasthéniques multiples, partant des individualités de physionomie névrasthénique. « Parmi les névrasthéniques il en est qui ont une activité nerveuse excessive, psychique et physique : volonté énergique, intelligence vive et pénétrante, force musculaire considérable, spasmes, douleurs, agitation, hypéresthésie, etc., c'est-à-dire un ensemble de symptômes qui paraissent annoncer plutôt une exagération qu'une diminution dans le fonctionnement nerveux. D'autres, au contraire, sont inertes, sans volonté, l'intelligence et les forces déprimées, la sensibilité émoussée, toutes les fonctions nerveuses languissantes, traduisant plutôt une asthénie nerveuse générale. La plupart ont un mélange d'excitation et de faiblesse qui ne permet pas de les ranger ni dans l'une ni dans l'autre de ces catégories.... Dans ladite névrasthénie, il y a anomalie, modalité anormale du fonctionnement nerveux.... (Bernheim). Le terme névrasthénie (*Nervenschwäche*) littéralement n'étiquette qu'une classe de névrasthéniques, débiles-abouliques. Il n'est pas de névrasthénie idiopathique, essentielle. Les symptômes établis par Beard pour en former une maladie propre, céphalées en casques en clou, douleurs gastriques, vagues, etc., font souvent défaut. Une constitution nerveuse héréditairement malléable laisse s'incruster des impressions morales et physiques : un état psychique, nerveux-morbide dans les perceptions et modes de sentir, morbide dans la motilité générale, parfois s'inaugure ; c'est une variété courante d'état névrasthénique, c'est la plus commune. Cet épuisement nerveux est souvent le reliquat d'une infection. Les gripes, les fièvres typhoïdes, etc., laissent derrière elles des convalescences psychi-

ques. D'autres fois, la simple suractivité fonctionnelle accidentelle épuise seule le système nerveux, se transforme en habitude autosuggestive tenace. Le surmenage, la fatigue, les chagrins répétés causent un pareil état de trouble dynamique. En résumé nous distinguerions trois espèces de névrasthénies : l'une héréditaire chez un nerveux diathésique ou neuro-arthritique, l'autre consécutive à un processus infectieux ; la troisième acquise comme la seconde, de nature purement morale si l'on veut, est une sorte d'*adynamie* ou ataxie ou ataxo-*adynamie* psychique. Groupons-les sous l'acception de névropathie. « La névropathie peut être générale ou diffuse et dans ce cas elle se développe presque toujours sur un terrain héréditairement nerveux, ou bien elle est partielle ou locale et dans ce cas elle se développe sur un sujet nerveux, ou bien sur un sujet qui, sans paraître nerveux, ne présente qu'une diathèse nerveuse localisée. Mais cette névropathie primitivement locale peut devenir diffuse et même se généraliser. » (Bernheim, in *Rev. de l'hypnotisme*.)

Quoi qu'il en soit, une fatigue, un surmenage, une infection seront prétexte à des névropathies douloureuses, d'ordre dépressif ou d'excitation qui façonneront une individualité psychique spéciale. C'est à travers le prisme de cette individualité que le malade objectivera ses sensations. Une émotion très grêle prendra chez lui des proportions énormes, un trauma léger fixera sur son organisme un lieu de moindre résistance, point d'origine bientôt d'un état de névrasthénie locale, parfois indéracinable.

L'*hystérie* est représentée comme une névrose coupable de bien des méfaits. Elle est accusée de simuler d'au-

tres maladies nerveuses par bien des médecins à qui échappe le mécanisme psychique. Le psychisme domine son histoire. D'hystérie *une* il n'en est point, mais il se rencontre des modalités innombrables d'états hystériques possédant des caractères essentiels communs. A l'avis de M. Pierre Janet, c'est d'abord « la perte du contrôle et l'affaiblissement du pouvoir de la volonté.... le défaut se trouve plutôt dans une faiblesse de la volonté que dans une obstination à ne pas vouloir.... Les hystériques sont abouliques.... C'est ensuite une disposition sui generis à la suggestion et aux actes subconscients, disposition résultant à la fois de l'altération de la synthèse personnelle des phénomènes et de la conservation de l'association automatique des éléments psychologiques, en un mot basée sur une maladie de la personnalité. (1) » Cette opinion nous semble à tort absolue. Il est inexact de dire que tous les hystériques sont des abouliques. Beaucoup, au contraire, ont une volonté très affirmative. La disposition particulière à la suggestion est admissible ; mais la plupart présentent davantage : l'autosuggestibilité offensive qui les pousse à des actes impulsifs. « L'hystérique est un auto-hypnotisé ; il peut s'autosuggestionner lui-même ; et un grand nombre de symptômes de l'hystérie ont toutes les allures des phénomènes d'auto-suggestion. Les crises hystériques, les hallucinations, les convulsions, ce sont des rêves, des autosuggestions dont on ignore la cause. L'anesthésie, l'amaurose des hystériques sont souvent des anesthésies purement psychiques. » (Bernheim).

L'individualité psychique d'un hystérique — et non

(1) *État mental des hystériques* (Paris, 1892.)

l'individualité hystérique, car il n'y a pas de maladies, mais des malades — aura donc son aspect à elle. L'auto-suggestibilité et la suggestibilité de ces névrosés encouragent merveilleusement l'éclosion des troubles nerveux dynamiques.

Il est ensuite certaines affections organiques qui, comme l'épilepsie essentielle, la chorée vraie, forment une individualité psychique propre, sujette aux perturbations dynamiques.

D'abord l'*épilepsie* à la faveur de laquelle surgissent aisément des désordres nerveux fonctionnels. Sur un terrain épileptique, un champ dynamique peut se circonscrire où germeront avec facilité des manifestations hystéroriformes.

La *chorée* vraie, son évolution infectieuse probable accomplie, rend le cerveau plus apte aux perceptions illusoires, le penche vers les impulsions, fomenté en lui une irritabilité très en éveil. En somme elle modèle une individualité psychique *eo modo*.

Les *intoxications* diverses (alcool, plomb, mercure, etc.) imprègnent les éléments nerveux, prédisposent à des perturbations motrices, sensitives, mentales.

Les *maladies infectieuses* (tuberculose, syphilis, diphtérie, scarlatine, typhus, etc.) agissent identiquement par leurs toxines.

Le *diabète*, l'*artério-sclérose*, le *mal de Bright*, la *goutte*, la *chlorose*, le *rhumatisme*, alè trent l'activité dynamique nerveuse; certains états de l'existence, la *puberté*, la *ménopause*, sont aussi des conditions favorables à sa détérioration.

PARTIE CLINIQUE

DESCRIPTION

Les troubles imputables à un élément nerveux dynamique sont nuancés éperdument. Nous avons dû construire une classification artificielle qui a l'avantage au moins de faciliter la description, d'ordonner les faits selon leur importance.

Elle est d'ailleurs légitimée par l'observation clinique ;

1^o A) *L'élément nerveux dynamique constitue seul la maladie ;*

2^o B) *Il est greffé sur une affection organique ;*

3^o C) *L'affection organique fait suite aux manifestations de l'élément nerveux dynamique.*

Ce sont trois grandes classes où nous ferons rentrer les nombreux cas qui ont servi à bâtir les théories énoncées plus haut. Les exemples qui vont se développer, fourniront des remarques intéressantes, peut-être originales, et quelques déductions naturelles.

A) L'élément nerveux dynamique constitue seul la maladie.

Il est ou *sensitif* ou *moteur* ou *psychique* dans ses manifestations.

a) Il est *sensitif*.

Ce sont ici des impressions légères qui provoquent les phénomènes morbides. Chez une personne dont la récep-

tivité est grande à la suite de chagrins répétés, d'émotions coup sur coup, ou simplement en vertu d'un état physiologique temporaire (puberté, ménopause) qui seconde l'accès des maladies, une sensation infime est parfois la cause de phénomènes douloureux sans localisation sérieuse.

Nous en avons un exemple dans l'observation suivante :

OBSERVATION I

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Nécropathie douloureuse à principale localisation gastrique. — Guérison par suggestion.

M^{me} E. . . , âgée de 43 ans, propriétaire.

Antécédents. — Mère bien portante. Frère idem. Ni l'un ni l'autre nerveux. Mariée, trois enfants, dont l'un est mort de convulsions. Réglée à 14 ans, depuis régulièrement, lorsqu'il y a deux ans apparurent les premières irrégularités de la ménopause, accompagnées de douleurs d'estomac. La malade fut deux à quatre mois sans rien voir.

Historique. — L'affection débute, il y a 2 ans, au moment de la dysménorrhée du retour d'âge. Les symptômes se sont progressivement développés : d'abord douleurs à l'épigastre, à la poitrine, puis douleurs partant de l'estomac, remontant comme « une boule de verre » (*sic*) dans la gorge et suffoquant la malade. Vomituritions bilieuses. Elle prend 30 gouttes de laudanum par jour. Craignant le retour des douleurs gastriques, après une constipation de dix jours qui suivit l'ingestion de laudanum, elle cessa peu à peu de manger. Actuellement elle se nourrit mal. Dès qu'elle a un peu mangé, elle souffre de douleurs d'estomac qui montent à la gorge et l'étouffent. Prise alors de dyspnée, elle s'assied sur son lit. D'autre fois, la douleur gastrique irradie vers la nuque, et pour relever la tête, la malade doit s'aider de ses mains. N'a jamais eu de fièvre, ne s'est pas alitée, n'a pas cessé de travailler aux champs. La douleur apparaissait surtout, lorsqu'elle était au lit, après le repas du soir. Son mari dit que depuis quelque temps elle est devenue maussade et bizarre.

Etat actuel. — Constitution primitive bonne. La malade aurait maigri. Nous la trouvons pleurante, agitée dans son lit. Soudain elle est prise d'un accès de dyspnée, tant la douleur est forte, mais en faisant causer la malade, la douleur cesse. Apyrexie. Elle est réglée en ce moment, aussi les douleurs sont-elles très vives. Rien d'anormal du côté des voies digestives supérieures. Langue nette. Pas de dilatation stomacale. Abdomen dépressible. Foie normal. Dyspnée nerveuse. Urines rares, riches en urates. Pouls régulier.

La malade est douée d'une grande émotivité. Les douleurs s'accroissent à mesure qu'on l'interroge. Elle accuse des fourmillements « comme des souris dans les bras et les jambes (*sic*) ». Lors de son entrée, elle accusait de la douleur abdominale ; on ne pouvait toucher son ventre sans qu'elle se mit à crier ; mais en attirant son attention sur un autre objet, on peut le palper sans provoquer de douleurs. Par affirmation verbale jointe au geste qui désigne les endroits incriminés, on détermine de véritables « zones hystérogènes » au niveau des ovaires de la malade, qui en effet sous l'action de compression de ces zones fictives, artificielles, ébauche une crise convulsive. On peut de la même façon localiser un point douloureux au niveau de l'appendice xyphoïde et une autre au niveau de la 12^e dorsale.

La malade a été endormie hier (23 novembre 1893) pour la première fois. Résistance ; puis sommeil profond pendant lequel on peut obtenir de la catalepsie flasque. Au réveil la malade s'est trouvée soulagée. Respirait mieux. Aujourd'hui (24 novembre), 2^e suggestion hypnotique. Bien-être. Mais la réapparition des règles a aggravé les sensations douloureuses.

25 novembre. — A bien dormi. Suggestion avec catalepsie provoquée.

28 novembre. — La malade dit qu'après suggestion hier elle s'est trouvée bien. A mangé et dormi. Suggestion.

30 novembre. — Digestion bonne. Sommeil calme. Suggestion.

2 décembre. — Va bien. A encore eu une petite douleur gastrique pendant la nuit.

4 décembre. — Mange et dort bien, ce qu'elle n'a fait depuis 2 mois.

5 décembre. — S'étant, la nuit dernière, découverte, et la sœur veilleuse l'ayant recouverte, elle eut peur et sentit aussitôt un « gonflement » (*sic*) du ventre avec de l'oppression thoracique. Aurait vomi une fois.

6 décembre. — Va bien. Quitte l'hôpital, libérée de ses douleurs.

Nous ne l'avons pas revue et ne pouvons affirmer sa guérison définitive.

Voilà donc un cas de *névrasthénie douloureuse locale* avec principale localisation gastrique. Cette malade en pleine ménopause a quelques douleurs dyspeptiques. C'est à travers une sensibilité sensibilisée par ses troubles dysménorrhéiques qu'elle perçoit cette impression subjective. Immédiatement intervient son dynamisme psychique pour donner à celle-ci une illusoire vivacité. Un traitement suggestif approprié a annihilé les douleurs — au moins momentanément — en même temps qu'il assurait ainsi le diagnostic de l'origine subjective de l'affection. L'estomac *locus minoris resistentiae*, chez une personne à qui la ménopause procurait un état d'asthénie général, a centralisé le maximum de douleurs, l'attention de la malade s'y étant particulièrement retenue. Elle liait en effet l'existence de sa gastralgie à celle de sa dysménorrhée.

Un autre cas de névrasthénie douloureuse locale en quelque sorte concentrique à une impression, à une sensation interne faussement interprétée, à une auto-suggestion viendra corroborer le précédent.

OBSERVATION II

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Névropathie abdominale douloureuse, avec irradiations lombaires et vaginales, et degré notable d'impotence fonctionnelle, à la suite de fatigues physiques et morales. — Récidives lors d'un traumatisme. — Guérison par suggestion.

Marie V..., âgée de 31 ans, campagnarde, est adressée, le 12 mai 1896, à M. le professeur Bernheim, par son médecin qui désespère du traitement.

Antécédents et historique. — Mère nerveuse, morte il y 16 ans d'une pneumonie. Père bien portant. Pas de maladie avant l'âge de 22 ans. A cette époque, à la suite de *contrariétés*, fut prise soudain, en bêchant, d'une douleur dans la région lombaire. Cette douleur persista six mois avec rémissions, irradiations fréquentes vers les cuisses, et *sans siège bien fixe*. Le médecin traitant crut à une affection spinale, fit appliquer des vésicatoires, des cautères, des pointes de feu le long du rachis. Les douleurs subsistèrent. La malade acquit un état de surexcitation nerveuse qui se manifestait par des accès de suffocation, d'halètement, plusieurs fois dans la journée. Elle ne marchait qu'en s'appuyant sur un bâton. Elle fut ensuite traitée sans succès par l'hydrothérapie. C'est alors que le Docteur Liébault lui enleva par suggestion ses douleurs, ses crises de suffocation et de « bâillements nerveux » (*sic*).

Se porta bien pendant cinq ans.

Il y a deux ans, à la suite d'une grande fatigue, elle demeura dans un état de lassitude, d'impotence fonctionnelle des bras et des jambes. Elle marchait très peu, avec beaucoup de peine, quoique sans douleurs. Cela dura six mois. Le médecin traitant lui prescrivit un régime tonique. Il y a 18 mois, elle fit alors une chute, en plein champ, sur les pieds, toute droite, dit-elle. Put marcher après la chute, mais sentit que, dès lors, en sautant des fossés « ça lui répondait dans l'intérieur » (*sic*) ; elle éprouvait une douleur à l'épigastre comme « quelque chose qui se détache ». On lui fit porter une sangle de Glénard. Elle se trouva soulagée. Il y a un an, eut l'influenza, toussa, vomit. Alors la douleur épigastrique s'étendit à tout l'abdomen et dura continuellement, avec exacerbation à la pression et pendant la marche. N'ose plus marcher que très lentement. La douleur subit une progression d'intensité.

Etat actuel. — Constitution assez bonne. Facies coloré. Physionomie résignée. Regards mélancoliques. Paroles traînantes. Appétit médiocre. Ne vomit pas. Digestion bonne. Pas de constipation. Langue nette. Ne tousse ni crache. Quelques palpitations nerveuses. Pouls régulier, égal, assez ample. Bien réglée, mais les règles s'accompagnent de fortes douleurs.

Sujette aux céphalées, sus-orbitaires ou occipitales. A l'examen, le ventre n'est pas ballonné, au palper il est dépressible et souple; à la pression, sensibilité vive, douleur que par affirmation verbale on peut localiser *ad libitum* dans la région péri-ombilicale, aussi bien que dans les fosses iliaques. Pas de rachialgie. Pas de clapotement sto-

macal. Réflexes patellaires normaux. Actuellement marche assez bien, mais mollement. Ni hypéresthésie, ni anesthésie cutanées. Vue et ouïe bonnes. Agoraphobie. La musique en espace clos produirait chez la malade une surexcitation nerveuse désagréable. Elle fut souvent obligée de sortir de l'église, dont elle ne pouvait supporter les chants, elle ressentait alors des battements au creux épigastrique, et un malaise indéfinissable.

Insomnie fréquente. Impressionnabilité excessive. Pas d'hallucinations. A l'état de veille, se rappelle bien ce qu'elle a rêvé la nuit. Elle vit dans une constante inquiétude, à cause de sa douleur abdominale qui l'empêche de vaquer à ses devoirs de bonne ménagère.

Immédiatement la malade est entreprise par la suggestion hypnotique. Le sommeil difficile au début, car la malade discute, se refuse, est bientôt profond. On peut provoquer de la catalepsie momentanément.

13 mai. — M. le professeur Bernheim dit qu'on la guérira en quelques séances. Suggestion. Grande docilité cette fois.

14 mai. — Emotivité très grande. La malade larmoie en contant son existence passée qui était pénible chez son père, paysan intéressé. Suggestion. Se trouve bien.

21 mai. — Suggestion. Dit qu'elle n'est pas encore guérie, qu'elle sait qu'il faut encore du temps, mais qu'il y a beaucoup de mieux. N'accuse plus que de vagues douleurs à l'hypogastre quand elle marche.

22 mai. — Suggestion. Catalepsie provoquée. Va bien.

1^{er} juin. — Suggestion. Marche sans douleurs. Se dit guérie.

Cette observation de névrasthénie douloureuse abdominale est intéressante à plus d'un titre. Tout d'abord remarquons qu'une impression faible, quelconque (douleur musculaire vague) chez un sujet déprimé par les chagrins est le centre d'une zone douloureuse étendue jusqu'à l'abdomen. Ensuite, fait nouveau et curieux que nous rencontrerons souvent, la *suggestion médicale* fabrique ici par une médication mal adaptée une rachialgie très nette. Cette rachialgie entourée de

phénomènes douloureux disséminés commence à s'implanter dans l'esprit de la malade, lorsque par bonheur la thérapeutique suggestive et exacte du Dr Liébeault l'extirpe une première fois. La malade va bien. Survient un traumatisme inopiné qui frappe — si l'on peut dire ainsi — autant son cerveau que ses membres inférieurs. La malade réalise de nouveau, après sa chute sur les pieds les phénomènes douloureux anciens. Il y avait réveil de sensations auto-suggestives, que bientôt elle exagère ; son terrain nerveux qui avait préparé une première culture exaltait en quelque sorte sa production sensitivo-douloureuse, par une seconde. Des suggestions répétées nous ont permis d'arracher cet élément nerveux dynamique, de déraciner l'idée avant que l'habitude l'eût automatisée irréductiblement.

Nous avons recueilli une observation analogue à la précédente. Elle est due à notre Maître M. le Professeur Bernheim qui a rapporté beaucoup de cas semblables (1).

OBSERVATION III

Névropathie douloureuse guérie par suggestion

« Le malade dont je veux vous parler est ouvrier à la cristallerie de Baccarat. Agé de vingt-huit ans, marié, père de deux enfants, heureux dans son ménage, il n'accuse ni excès de travail physique, ni excès de tension intellectuelle, ni émotions morales vives. La maladie pour laquelle il est venu, le 28 octobre 1891, se faire traiter dans notre service, remonte au mois d'août 1890. Comme antécédents morbides, il ne relate qu'une gastrite contractée il y a deux ans et qui persista trois ou quatre mois, caractérisée par de la dyspepsie et des vomissements alimentaires après les repas ; le lait même tournait et était vomi. Mais cette maladie guérit, et depuis, la digestion était parfaite. Il a toujours été nerveux, sans être névropathe ;

(1) Voir Bernheim. — *Hypnotisme. — Suggestion. — Psychothérapie.*

depuis son enfance il tremblait facilement, par exemple quand il voyait deux enfants se battre ; il a même consisté un tremblement léger persistant à l'état habituel. Sauf cela, il se portait à merveille, sans douleur, sans autre manifestation nerveuse. Son nervosisme paraît héréditaire. Son père est mort il y a vingt ans ; sa mère est très impressionnable, dit-il, sans être malade ; il a perdu, il y a cinq ans, sa sœur, d'une affection nerveuse qu'il ne peut définir ; elle avait habituellement des maux de tête, des crises nerveuses pendant la nuit, elle sautait dans son lit en criant.

Lui-même, sans cause connue, ressentit brusquement, en août 1890, une douleur dans le mollet gauche ; cette douleur s'étendit graduellement de bas en haut, le long de la face postérieure de la cuisse, jusqu'à l'ischion, qu'elle atteignit en décembre. Cette douleur n'était pas continue, mais le prenait toutes les 10 à 15 minutes, comme un éclair avec secousse. D'août en décembre, le médecin qui pensait à une sciatique lui fit appliquer successivement six grands vésicatoires sur le membre ; il était calmé pendant deux jours, puis cela recommençait. Le 3 décembre, il dut arrêter son travail, qu'il n'a pas repris depuis. Alors ces mêmes douleurs fulgurantes s'étendaient du mollet jusqu'à l'os iliaque, toujours à la face postérieure du membre. Chose singulière ! Quand il marchait, ces secousses douloureuses devenaient de moins en moins intenses, et de moins en moins fréquentes à mesure qu'il continuait à marcher. Aussitôt couché au lit, les yeux fermés, les secousses douloureuses le reprenaient, si bien qu'il se relevait et passait ses nuits à marcher.

Au mois de janvier, l'autre jambe, la droite, fut prise de douleurs analogues. Une nuit, en se mouchant, il ressentit une douleur vive à la région sacro-coccygienne droite. Cette douleur s'étendit graduellement vers la région de l'aîne et du scrotum droit. C'étaient de violents élancements allant du coccyx jusqu'à l'aîne et parcourant tout le sillon cruro-abdominal jusque dans le scrotum ; ces élancements surtout intenses jusque dans cette dernière région (aine) duraient pendant quelques minutes et se continuaient ensuite pendant quatre heures environ sous forme de douleur obtuse, supportable. Il restait quelquefois deux jours sans la sentir, puis les accès revenaient durant un à deux jours avec exacerbation et rémissions irrégulières. En outre, la douleur existait à la fesse droite, s'irradiant parfois, mais rarement dans le genou. Au moment où la jambe droite fut prise, la gauche se dégagea ; mais elle fut reprise au bout de trois mois des mêmes secousses douloureuses qu'elle avait présentées auparavant seulement à des intervalles assez rares. Ce qui dominait

depuis lors, c'étaient les douleurs à l'aîne et à la fesse droite. A trois ou quatre reprises, l'intensité des douleurs dans l'aîne a déterminé chez notre homme une sensation de faiblesse, avec agitation, tremblement, contracture des mâchoires, et impossibilité de parler ; ces crises hystériformes, sans boule ni strangulation, durèrent environ une heure.

Comme traitement, le malade a pris de l'antipyrine, de la phénacétine, du salicylate ; il a eu des vésicatoires, des pointes de feu nombreuses. Le 18 mai dernier, on l'envoya à Plombières où il prit pendant trois semaines des bains de vapeur sans résultat. Au contraire, il revint plus malade : il fallut le porter dans le train et de retour à Baccarat, il resta quinze jours sans pouvoir marcher. En juillet, il fallut recourir à des injections de morphine pour calmer les crises plus fortes ; on ne dépassa jamais la dose d'une seringue par jour.

A son entrée à l'hôpital, V... était profondément amaigri ; sa constitution primitivement délicate était affaiblie. Le malade marchait bien, mais il ne pouvait seul se coucher au lit à cause de la douleur au sacrum et à la fesse qui ne lui permettait pas de s'incliner en avant. Depuis 7 à 8 mois, il ne pouvait plus faire de mouvement ni ramasser par exemple un objet à terre. L'aspect déprimé du malade faisait croire à la sœur du service que le malade était dément. Je constatai cependant que c'était un homme intelligent et dont l'intelligence était conservée ; elle était seulement obnubilée par 15 mois de douleur et d'insomnie ; il était incapable de travail physique et intellectuel.

Quand le malade commence à marcher, il se tient le corps incliné, surtout sur le membre inférieur gauche, l'attitude que présentent beaucoup de malades atteints de sciatique droite. Il marche cependant bien et quand il a marché pendant quelque temps, la douleur de la fesse et de la cuisse disparaît et l'attitude se redresse.

Les membres inférieurs ne présentent aucune atrophie musculaire, tous les mouvements s'accomplissent ; la sensibilité est normale, ni anesthésie, ni hyperesthésie. A la cuisse droite la pression produit une légère douleur sur la face postéro-interne, au niveau de la fesse, de l'ischion, de l'échancrure sciatique, du sacrum et du coccyx ; on ne constate pas cependant les points douloureux bien accentués de la sciatique. La douleur obtuse et un peu diffuse sur la face postérieure du membre n'est pas délimitée sur la ligne du sciatique. Ajoutons que les pointes de feu dont les traces existent à la face postérieure du membre ont pu, par influence psychique, contribuer

à localiser la sensation douloureuse dans cette région correspondant à peu près, mais non d'une façon précise, au domaine du sciatique. La pression de la région inguinale et du scrotum ne détermine pas de sensibilité spéciale. A la face postérieure de la cuisse gauche, la pression réveille aussi une certaine douleur peu intense à *peu près* sur le trajet du sciatique, sauf les points douloureux classiques. Ajoutons encore, et ceci est important pour le diagnostic, que le malade n'a jamais, ni pendant les accès, ni dans leur intervalle, ressenti ni tourmentements, ni engourdissement dans les membres douloureux.

Le réflexe patellaire est exagéré du côté droit ; les autres réflexes tendineux sont normaux. Quand le malade, couché ou assis, soulève la jambe droite, elle est agitée d'un tremblement intense qui dégénère bientôt en grandes oscillations irrégulières ; ce tremblement existe depuis six semaines et s'est développé, dit-il, à la suite d'injections d'éther qu'on lui fit pendant 13 jours. Avant les injections, il ne présentait qu'un tremblement léger à petites oscillations rythmiques qu'il a toujours eu et qu'il présente encore à la jambe gauche et aux mains, quand on les fait étendre horizontalement en l'air.

Depuis 7 à 8 mois, le malade ne dort plus la nuit ; il dort quelquefois une demi-heure le jour.

Il ne présente d'ailleurs aucune autre manifestation nerveuse, pas de céphalalgie, pas de rachialgie, pas de troubles digestifs ; la vision est nette, le champ visuel normal.

L'examen des organes ne démontre rien d'anormal, si ce n'est une expiration légèrement soufflée dans les fosses sus-épineuses ; cependant le malade n'a jamais toussé ni craché ; il n'a ni fièvre, ni sueurs nocturnes. En résumé, douleurs fulgurantes localisées dans les deux cuisses à l'aîne droite, à la région sacro-coccygienne.

A quelle affection avons-nous affaire ? Était-ce une sciatique double ? Peut-être y a-t-il eu au début une névralgie dans un rameau du sciatique au niveau du mollet gauche ? Mais lorsque nous vîmes le malade, ce n'était pas une sciatique. L'absence des points douloureux classiques, la douleur sacro-coccygienne et inguino-scrotale, le caractère fulgurant, par secousses instantanées de ces douleurs, leur disparition par la marche, l'absence de fourmillement et d'engourdissement excluent l'idée de névrite ou névralgie sciatique. Est-ce la période préataxique du tabès ? La localisation et la constance des douleurs, l'influence suspensive de la marche, la persistance des réflexes tendineux, l'absence de tout autre phénomène tabétique excluent aussi cette hypothèse. Le seul diagnostic possible était celui

de névropathie douloureuse localisée dans la région sacro-fessière crurale et inguinale. On pourrait dire névrasthénie spinale ou myélasthénie, mais l'absence de rachialgie, de troubles médullaires, de paralysie réelle, ne permet pas de mettre en cause la moelle. Il me semble plus exact de dire névropathie douloureuse locale. Peut-être le point de départ de cette névropathie a-t-il été, je le répète, une névrite du mollet. La douleur incarnée dans un système nerveux impressionnable a pu être le point de départ d'une auto-suggestion inconsciente ; le sensorium a retenu la douleur, alors que la cause initiale, la névrite, avait disparu. Le malade, couché dans son lit et fermant les yeux, le cerveau étranger à toute impression sensorielle, ne subissait plus la dérivation du monde extérieur, abandonné aux impressions automatiques, incapable de réagir, se concentrant tout entier sur l'idée de la douleur ; l'idée créait l'acte, la peur des secousses douloureuses les engendrait. Le malade, debout et marchant, recevant d'autres impressions, son cerveau distrait par d'autres dynamismes, réagissait inconsciemment et ne se concentrait plus tout entier sur l'idée de secousse douloureuse. C'est là le vrai mécanisme de l'auto-suggestion qui constitue la névropathie.

Le résultat de la thérapeutique instituée a justifié ce diagnostic et démontré que l'auto-suggestion était bien le mécanisme pathogénique de cette névropathie. Cette thérapeutique a été purement psychique. Le 2 novembre, après avoir bien examiné le malade, j'essaie l'hypnose, ne pensant pas obtenir un sommeil profond, souvent difficile à réaliser chez les nerveux tenaces et les auto-suggestionnistes. Contrairement à mes prévisions, il tombe d'emblée en hypnose profonde, avec amnésie au réveil. Je lui suggère la disparition des douleurs et le sommeil la nuit.

Cette première séance n'eut pas grand effet, il ne dormit pas encore la nuit, ayant des douleurs au coccyx et à la région sus-inguinale droite.

Le 3, nouvelle séance avec suggestion énergique. La nuit le malade dort bien, ne se réveille que deux fois pour se rendormir. Le 4, il soulève mieux la jambe droite, qui ne présente plus de tremblement aussi violent.

Troisième séance. La nuit, il ne dort pas encore malgré la suggestion, et accuse des douleurs sacro-coccygiennes.

Le 6 novembre, après la quatrième séance, il a bien dormi toute la nuit sans ressentir la moindre douleur ; il s'assoit mieux dans son lit.

Le 7, après la cinquième séance, le malade a bien dormi la nuit, il

n'accuse plus de douleur ; malgré cela je le trouve démoralisé, le facies est déprimé. Je constate qu'il peut s'incliner à terre, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Mais il accuse de la raideur dans la jambe gauche, qui l'empêche de bien marcher ; le tremblement existe toujours dans la jambe droite. Il croit qu'il marche moins bien ; il voudrait s'en retourner chez lui. Il y a là un état psychique que j'ai observé fréquemment chez certains névropathes devenus en même temps psychopathes. Même alors qu'ils vont mieux, physiquement, le moral reste déprimé. Ils veulent guérir, et cependant l'autre moi inconscient, défiant et anxieux qui les obsède, cherche à les soustraire à la guérison. Si on ne sait pas les capter, ils échappent. Alors je fais venir le malade dans mon cabinet ; je l'endors, et là, seul, en tête-à-tête avec lui, je m'applique à captiver son imagination, à enlever la tristesse et l'inquiétude qui le suggestionnent mal ; je lui montre qu'il est guéri, qu'il n'a plus de douleurs, qu'il dort bien la nuit, etc., et, pour incarner cette suggestion dans le fait matériel, je le fais marcher, en lui suggérant de le faire sans peur et sans raideur ; je le fais se lever et s'asseoir sans aucune sensation à la région sacro-lombaire. Je le fais s'incliner à terre et ramasser un objet, ce qu'il ne pouvait plus faire depuis dix mois. Je le fais parler pour objectiver son attention sur mes paroles et l'empêcher de rester concentré sur ses sensations. Au réveil il se trouve mieux. Il constate avec plaisir qu'il marche mieux, sans raideur et sans douleur au sacrum ; il est fort étonné de pouvoir ramasser un objet à terre. Je réitère le même mode de suggestion tous les jours. Le 10, il va très bien, n'a plus de douleurs fulgurantes. Le 13, il demande à rentrer chez lui. La guérison est restée parfaite ».

Voilà donc une névropathie douloureuse localisée qui pendant 15 mois est restée rebelle à toutes les médications et qui a cédé en 7 jours à la psychothérapie. La suggestion dans les cas obscurs devient la pierre de touche du diagnostic. S'il y avait eu une affection organique quelconque, entretenant les douleurs, la suggestion aurait pu dans une certaine mesure, amender les symptômes en éliminant de la scène les effets purement dynamiques greffés sur la lésion elle-même (1), elle n'aurait

(1) Ainsi que nous le verrons plus loin dans un autre chapitre.

rien pu contre celle-ci et les symptômes ressortissant directement de la lésion eussent persisté. Le succès complet permet de conclure que tout était dynamique, que tout était, dans ce cas, auto-suggestion.

OBSERVATION IV

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Nécropathie douloureuse intestinale. — Constipation.

D ., 46 ans, chauffeur, entre à l'hôpital le 8 décembre 1896. Habitudes alcooliques. Fièvre typhoïde il y a 16 ans. Depuis 8 ans est habituellement constipé. Restant 4 à 5 jours sans aller à la selle, prenait des lavements. En même temps ressentait de vives coliques.

Il y a 15 jours, après cinq jours de constipation, prit de l'huile de ricin et des lavements simples. Eut samedi dernier, 5 décembre, deux vomissements noirâtres et fétides.

Etat actuel. — Constitution robuste. Thorax bien conformé. Tremblement des doigts en extension horizontale. Ventre non ballonné. *Appétit conservé. Digestion normale.* Quand les douleurs commencent, elles naissent dans l'une des fosses iliaques et irradient dans tout l'abdomen. L'accès dure une demi-heure, une heure, parfois deux, même toute la nuit. La palpation du ventre n'est pas douloureuse et ne révèle rien d'anormal, non plus que la percussion. Selles noirâtres, sans traces de sang, matières dures, compactes, ovillées.

Rien aux poumons. Léger souffle systolique à la pointe du cœur. Pouls égal, régulier, 80.

10 décembre. — Le malade raconte que ses accès de coliques reviennent tous les mois ou tous les deux mois. S'il reste un jour sans aller à la selle, le lendemain il a une crise douloureuse, qui débute par des bâillements et de la nausée. L'accès dure peu. Hier, il a eu une crise, vers 5 heures du soir. Il a senti des tiraillements vers le bord costal antérieur droit, puis la douleur descend et se répand dans tout l'abdomen. Ensuite le ventre gonfle.

La douleur a persisté hier jusque 3 heures du matin. Il n'avait pas eu de selles depuis lundi dernier, 7 décembre. Hier soir a eu

une selle à la suite d'un lavement. Pense qu'il aura sa crise aujourd'hui.

Donc, quand il a selle le matin, il n'y a pas de crise. Le malade ajoute que les jours fériés où l'on ne travaille pas, il peut ne pas avoir de crises, tout en n'ayant pas de selles. Même quand ses selles reviennent le lendemain, la crise peut durer encore un ou deux jours.

Dilatation légère de l'estomac. Clapotement peu notable. Pas de douleurs à la pression.

11 décembre. — 3 selles diarrhéiques la nuit dernière.

12 décembre. — 4 selles hier. Vers 6 heures du soir, a senti une douleur commençant au-dessous de l'appendice xyphoïde à droite, suivant de haut en bas et de gauche à droite toute la circonférence de l'abdomen et revenant à l'épigastre où elle resta fixée un moment, puis disparut de là pour aller se fixer dans le bas-ventre, les flancs où elle demeura jusqu'à 11 heures du soir.

Quand les douleurs sont très fortes, le malade crispe les poings. Bonne selle ce matin, aussi espère ne rien ressentir ce soir.

14 décembre. — Douleurs néanmoins le 12 au soir. Hier, 13, n'a rien eu.

Le malade est sorti le 26 décembre.

Nous avons eu personnellement occasion de le revoir, le 28 janvier 1897. Il est allé consulter un médecin qui lui prescrivit une potion belladonnée qu'il renforça de suggestion. Rentré chez lui, sa femme le dissuada de la prendre et lui fit avaler de la tisane, disant que c'était préférable.

Le malade raconta que depuis 13 jours il n'avait pas eu de douleurs.

Habituellement elles débutent fréquemment à l'épigastre, contourment l'hypochondre droit et reviennent se fixer dans le bas-ventre. Elles durent 4 à 5 heures, continues, sans exacerbation. Souvent il peut les faire cesser subitement par une impression brusque ; ainsi il lui est arrivé de s'en débarrasser par l'ingestion rapide d'un litre d'eau pure froide, ou de deux absinthes coup sur coup. Actuellement il porte une ceinture de flanelle sur le ventre directement. Il s'abstient d'alcool et de café. Les selles sont assez régulières. Elles sont normales. L'appétit est bon, la digestion se fait bien.

Le malade confesse qu'il a été toujours très nerveux, très impressionnable ; il s'emporte facilement, hormis cela, il est bon ouvrier, très consciencieux.

Cette histoire trahit une autosuggestion indubitable. Le sujet retient son attention sur ses moindres sensations abdominales. La durée (8 ans) de l'affection indique une habitude auto-suggestive. Le malade s'étudia sans cesse et a épuisé toutes sortes de drogues de commères pour se guérir. Il n'a fait ainsi qu'enfoncer plus avant son idée d'être inguérissable.

Notons que la suggestion a pu atténuer cette névropathie locale.

OBSERVATION V

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM)

Néropathie douloureuse guérie par suggestion

M^{me} H..., de Domèvre-en-Haye, entre le 28 décembre 1893 à l'hôpital. Mariée. N'est plus réglée depuis 4 ans.

Historique. — Eut, il y a 7 ans, des douleurs vives dans le poignet droit, sous forme de cinq ou six lancées très violentes avec fourmillements dans les doigts. Un jour qu'elle revenait de ses vignes, elle eut soudain une douleur angoissante ; un « mal noir » (*sic*) la prit qui dura plusieurs minutes. Il y a 2 ans, une douleur abdominale « en ceinture » la retint couchée toute une journée. Enfin, il y a 3 semaines, elle fut la proie de douleurs aiguës, lancinantes, passagères qu'elle ressentit successivement à l'épaule, aux reins, aux jambes, à la tête, etc., et même avant-hier, à la plante des pieds. Elle attribue au froid, dit-elle, « toutes ces électricités » douloureuses.

Parfois passe quelques jours, absolument indemne.

Etat actuel. — Constitution affaiblie. Tempérament nerveux. Apyrexie. Face pâle, muqueuses décolorées. Appétit moyen. Selles régulières. Ne tousse ni crache. Respiration nette. Pouls régulier, égal 88. Bruits du cœur normaux, sauf un léger éclat diastolique.

Cette malade est très impressionnable. Loquacité. Imagination débordante. « Tout mon sang, dit-elle, tourne en douleurs. » Exagé-

ration continuelle des moindres sensations. Elle accuse la température (neige, pluie, etc.), de la plupart de ses douleurs.

En ce moment elle indique une violente douleur à la face interne du genou et de la jambe gauches. Sensibilité nulle à la pression de cette région. Pas de points douloureux sur le trajet des nerfs, du sciatique poplité interne entre autres. Si l'on détourne par la conversation l'attention de la malade, et qu'au bout de cinq minutes on lui demande comment elle va, elle dit n'avoir plus sa douleur. Mais presque aussitôt celle-ci réapparaît sous forme de secousses.

La malade raconte qu'au moment de ses crises douloureuses, elle a été prise plusieurs fois d'agitation convulsive des membres avec crispation des poings, constriction de la mâchoire et oppression thoracique.

Mobilité intacte. Réflexes tendineux normaux. Toutes les articulations sont physiologiquement normales, quoique la malade prétende voir ses doigts enflés et déformés.

Névralgies fréquentes soit dentaires, soit temporales, soit sus-orbitaires. Vue et ouïe bonnes. Intelligence nette.

Rien d'anormal du côté des urines.

Traitement. — Suggestion hypnotique. Sommeil provoqué facile, pendant lequel on lui suggère la disparition de ses douleurs, la reprise du calme, etc.

29 décembre. — La nuit a été bonne. Mais les douleurs ont peu diminué. Le malade dit que « son sang se trémousse ». Elle est prise de soubresauts douloureux. Suggestion hypnotique.

8 janvier. — Douleurs moindres. La malade est calme. Suggestion.

13 janvier. — Se trouve guérie ; quitte l'hôpital confiante et rassurée, après suggestion hypnotique pendant laquelle on lui affirme qu'elle est définitivement guérie.

Nous étions en présence évidemment, de douleurs auto-suggérées qui ont pu disparaître par dynamogénie suggestive psychique. Les névrasthénies liées à un trouble organique réel sont rarement guérissables au total par la suggestion ; car les malades qui en sont atteints ont leur psychisme perverti, et sont en grande partie des contre-suggestionnistes. Notre malade

ne s'était pas encore enfermé, dans ses impressions ; elle se contentait de les exagérer et de s'en repaître, La ménopause avait favorisé l'éclosion morbide.

L'observation qui va suivre offre quelque analogie avec l'avant-dernière. Il s'agit en effet d'une névropathie douloureuse locale, résultant d'une constipation opiniâtre, il est vrai, mais avec quelque chose de plus : les émotions qui ont retenti sur l'intestin, et surtout l'impotence fonctionnelle que la crainte des douleurs imposait à la malade. Déjà, donc au cas particulier, nous voyons des troubles de la motilité, sous la dépendance d'une auto-suggestion, s'adjoindre à des troubles sensitifs.

OBSERVATION VI

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM)

Névropathie abdominale douloureuse. — Impotence fonctionnelle. — Guérison complète par suggestion.

Madame K. . . lingère, 32 ans. Entre le 12 novembre 1893 à l'hôpital.

Toute l'histoire de cette malade marque un tempérament nerveux très net, doué d'une grande suggestibilité, d'une grande impressionnabilité, et d'une tendance aux impulsions. Etant enfant elle fut élevée par des religieuses, elle fut même novice, mais soudain se refusa à prendre le voile. Elle se maria. Son mari la brutalisa. Et c'est à la suite de violences récentes qu'elle vint se plaindre de douleurs abdominales et entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Constitution débilitée. Face anxieuse. Pyrexie. T. 39°. Pouls régulier, égal, 124. La malade répond bien aux questions. Elle se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre ; et, à la pression, de douleurs dans tout l'abdomen. En détournant son attention, en lui parlant de choses et autres, on peut cependant déprimer tout le ventre sans susciter de douleur. Le toucher vaginal révèle une sensibilité diffuse. La malade est très bien réglée. Le ventre est tendu dans la fosse sus-inguinale droite. Constipation depuis deux jours. Pas de vomissements. Respiration et bruits du cœur nets. Peu d'appétit.

La fièvre a persisté pendant trois jours. Les douleurs survenaient par accès, 5 fois par jour, dans la région sus-inguinale droite, accompagnées de selles liquides, involontaires. Disons que la percussion de la région sus-inguinale donnait une sonorité normale. La fièvre étant tombée, les douleurs ont subsisté vagues, étendues à tout l'hypochondre droit où le palper révélait de l'hyperesthésie. Bien plus, la malade, ayant gardé le lit 17 jours, ne pouvait plus se résoudre à se lever. Elle disait qu'elle ne pouvait faire un pas sans éprouver comme une sensation très pénible de *constriction* abdominale. M. le Professeur Bernheim prit le parti de la tirer malgré elle de sa torpeur. Il allia l'entraînement actif à l'état de veille, avec stimulation de la voix et du geste, à la suggestion hypnotique *active*, autrement dit l'hypnose pendant laquelle on ne laisse pas le sujet livré à ses propres impressions, mais au contraire lui cause, lui ordonne d'aller et venir. Le 5 décembre, la malade marchait assez bien (les réflexes tendineux étaient normaux, il n'y avait aucun signe d'affection organique du côté des membres inférieurs) et sans douleurs. L'action psychothérapique est exercée presque tous les jours. La malade qui au début ne pouvait rester assise sans ressentir de violentes douleurs dans l'hypochondre droit et les reins, peut, le 10 décembre, rester deux heures sur sa chaise sans éprouver aucun mal. Elle quitte le service momentanément le 14 décembre, inquiète sur le sort de son ménage. C'était un samedi soir. Rentrée chez elle, elle a eu de l'émotion en apprenant les fredaines de son mari, qui avait gaspillé leurs économies, mis leurs vêtements au Mont-de-Piété. Ces contrariétés conjugales ont réveillé chez elle les impressions anciennes, elle a été reprise de ses douleurs de reins et de ventre, *sans fièvre*. Elle est revenue le lundi à l'hôpital.

De nouveau elle se traîne pliée en deux, osant à peine avancer un pied. Le traitement est repris. Pendant tout le mois de décembre, elle est soumise à la suggestion hypnotique et à un exercice quotidien. La digestion est bonne, la langue nette, l'appétit suffisant. Les selles seraient plus régulières.

Enfin l'amélioration s'accroît en janvier et le 29 janvier la malade quitte le service, complètement libérée de ses douleurs et de l'impotence fonctionnelle qui en résultait. A plusieurs reprises, nous l'avons revue en mars et en mai 1896. La guérison s'est maintenue.

Si nous analysons ce cas, nous remarquerons qu'après une secousse morale et physique, il s'est agi de constipa-

tion avec pyrexie chez notre malade. Les signes en faveur d'une appendicite, d'une péritonite, sont incomplets comme nombre et comme valeur. Il est plutôt loisible de croire — pour expliquer la fièvre — à une coprostase vulgaire sous l'action émotive, suivie d'une résorption de toxines intestinales. Mais ce qui avant tout nous importe, c'est la névrasthénie abdominale succédant à des faits banaux, assez simples, et bien plus, une paralysie par inaction succédant à cette névrasthénie chez une auto-suggestible avérée.

Voici maintenant encore quelques observations où les « algies », dont le point de départ est dans une sensation interne, s'allient à quelques troubles de la motilité. Transition avec les troubles moteurs dynamiques francs qui feront l'objet des observations ultérieures.

Dans la première il est raconté l'histoire d'un malade névrasthénique qui présente des troubles curieux de la motilité, des vertiges, de l'obnubilation, que l'on a pu considérer comme expression d'une syphilis cérébrale; mais le traitement spécifique ne donna aucun résultat.

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de M le Professeur BERNHEIM.)

Vertiges. — Troubles de la marche. — Nécropathie douloureuse frontale et occipitale.

Dans une lettre que nous transcrivons, le malade a décrit lui-même sa situation actuelle et conté son histoire :

« Je suis né en 1833.... J'ai eu dans ma jeunesse des habitudes vicieuses. Engagé volontaire à 19 ans, je suis allé en Afrique rejoindre mon corps en 1873 et j'y suis resté jusqu'en 1880 ; là j'ai beaucoup usé de la femme (*sic*), bu trop souvent de l'absinthe, surtout pen-

dant une période de trois années, où comme sergent-major, j'avais de fréquentes occasions de m'amuser.

Rentré en France en 1880, j'ai continué. Jusqu'en juin 1881 je n'avais jamais été malade. C'est à cette époque que je contractai un chancre et une blennorrhagie. Je suis resté un mois à l'hôpital du camp de Châlons. Deux mois après, j'ai eu des plaques muqueuses dans la bouche, des croûtes jaunâtres sur le front, et mes cheveux ont un peu tombé (*sic*). En 1883, au mois d'août, après avoir consulté le médecin de mon bataillon qui m'a dit que je pouvais le faire, je me suis marié. J'ai cessé de boire. J'ai toujours été très bien portant jusqu'en 1889 au mois de janvier. J'ai eu, à cette époque, dans la jambe droite, un rhumatisme qui m'a duré 15 jours, je n'ai plus rien ressenti jusqu'en juin 1891 où j'ai eu, un matin, après avoir fait une grosse étape la veille, un vertige énorme qui m'a pris après avoir fait quelques kilomètres et qui a duré environ pendant un quart d'heure. Dix jours après, nouveau vertige très violent. Le docteur me donne 2 grammes d'iodure. A la fin de cette année, sans être malade, je ressentais fréquemment une sensation indéfinissable, on eût dit que mes talons enfonçaient dans le sol et cette sensation se produisait principalement en marchant sur le bitume des trottoirs.

Je quitte l'armée et entre dans un bureau en 1892.

J'avais de violentes névralgies, intermittentes qui commençaient vers 10 ou 11 heures du matin dans le côté gauche de la tête, à hauteur de l'oreille, et remontaient le soir jusqu'au haut du crâne où j'éprouve de violents « tapements » (*sic*). J'avais toujours la face très rouge et les pieds froids. En 1894, le docteur m'a donné un flacon de sirop de Gibert ; les maux de tête ont depuis cette époque continué à me prendre deux ou trois fois par semaine, mais après avoir dormi quelques heures, tout disparaissait. J'éprouvais quand j'allais me promener, mais rarement cependant, une espèce d'échappement douloureux du cerveau (*sic*) qui me forçait presque à m'arrêter, mais ne durait que la rapidité de l'éclair. Pris 2 grammes d'iodure par jour. En 1895, maux de tête intermittents me laissant frais le matin. Vertiges plus fréquents et de plus longue durée cessant quand j'étais assis ou au lit. Repris 2 grammes d'iodure par jour pendant un mois en automne. Le 22 décembre 1895, vertiges violents à 10 heures du matin, vomissements, selles nombreuses, je suis forcé de garder le lit 5 à 6 jours.

Les vertiges deviennent fréquents, je suis obligé de m'accrocher aux meubles pour aller d'une chambre à l'autre. Maux de tête comme en 1894. Cette situation va en s'accroissant. J'éprouve de fréquents

troubles visuels d'une durée d'un quart d'heure. Depuis janvier 1896 je prends journellement 18 gouttes de teinture d'iode en deux fois avant le repas, une cuillerée à café de sel de Sedlitz, le matin et le soir une infusion concentrée de bois de gaïac. La situation ne s'améliore pas, les troubles visuels augmentent et laissent après eux comme une barre douloureuse au-dessus des yeux. En avril, régime lacté complet avec un peu de strychnine. Pas d'amélioration, je ne peux que me promener un peu dans le jardin ; tout s'enfonce sous moi, le travail m'est impossible, et je ne vois plus clair à certains moments que d'un œil. Le docteur me fait des frictions mercurielles pendant 4 jours ; doses d'iodure de 4 à 5 grammes par jour pendant 20 jours. Pas d'amélioration. En juin, les névralgies font place à un mal de tête violent qui ne me quitte plus. Il me semble que j'ai un casque de plomb sur la tête ; le sol se dérobe complètement sous moi, j'ai une peine énorme à relever les yeux : on dirait que j'ai un clou enfoncé dans le cerveau. J'ai une peine énorme à marcher et m'arrose complètement la tête qui est brûlante et que l'on croirait devoir éclater, tant la face est rouge.

Situation actuelle : Insomnies, même en prenant du sulfonal. Au lever, oscillation sur les jambes qui sont très faibles ; il me semble être monté sur deux ressorts ; et je crois toujours m'écrouler (*sic*). sensation immense de tomber en avant. Les objets disparaissent à mes yeux comme si j'étais ivre. Cerveau douloureux (*sic*). Dès que je me mets dans un fauteuil ou sur une chaise, ils semblent s'enfoncer sous moi. Il en est de même au lit, et il me prend des vertiges si angoissants que je m'accroche après (*sic*) les matelas. La douleur semble s'être localisée dans le cerveau. »

Quoique longue, naïve et clairsemée d'incorrections, cette confession nous a paru une bonne et sincère notation de phénomènes surtout subjectifs. Nous n'avons pas d'ailleurs vu nous-même le malade.

En résumé il s'agit d'un homme de 41 ans, chargé d'antécédents : alcoolisme, syphilis, excès de toute sorte. Huit ans après le chancre initial il est pris de vertiges, qui réapparaissent à plusieurs reprises, accompagnés de céphalalgies très vives, de troubles de la vue, tous symptômes d'une intensité croissante et progressive malgré le traitement spécifique exercé dans sa rigueur.

Le malade est venu en novembre 1896 consulter M. le Professeur Bernheim qui, après un examen minutieux, pensa ne pas se trouver en présence de troubles cérébraux de cause purement syphilitique. Le malade est robuste. Inquiétude du regard. Face congestionnée. Marche un peu hésitante, vacillante sans caractère particulier. Réflexes tendineux normaux. Hypéresthésie du crâne. Le malade indique très bien le siège du maximum de ses douleurs en *casque* et en *clou*. Pas d'embarras de la parole. Ouïe bonne. Pupilles normales. Un examen ophtalmoscopique antérieur *aurait* révélé de la stase papillaire débutante à l'œil droit (?).

La suggestion hypnotique est essayée. Sommeil facile et profond pendant lequel M. le Professeur Bernheim affirme au malade la disparition de ses vertiges, de ses sensations d'enfoncement dans le sol. Au réveil, le malade marche sans vaciller, d'une allure assez ferme. La nuit qui a suivi cette première séance a été calme. Après une autre séance, l'amélioration se faisait sentir. Le malade était rentré dans son village, proclamant partout qu'il serait bientôt tout à fait guéri. Son entourage, ses amis étaient surpris de le voir ainsi, vu que auparavant il racontait à qui voulait l'entendre combien il était malheureux d'avoir la syphilis, « car elle s'attaque au cerveau ». Cependant sa fortune ne lui permettant pas de faire de nouveaux frais, malgré les conseils de notre Maître, le malade ne vint pas à l'hôpital terminer sa guérison. Aussi, d'après ce qui nous a été dit par son médecin traitant, quelques jours plus tard, il retombait dans ses idées mélancoliques, et accusait de nouveau la syphilis de toutes sortes de méfaits. Il parlait à chacun de son mal inguérissable. Il se plaindrait de

voir de moins en moins et de marcher moins facilement en dépit des injections de cyanure de mercure que son médecin pratique en ce moment.

Le cas est assurément complexe. S'il faut rendre la syphilis responsable des accidents présentés par le malade, ou bien ce malade est atteint d'endartérite cérébrale, ou bien il a un syphilôme. Or il n'a présenté de troubles de la motilité autres que des vertiges. Ni paralysie, ni anesthésie. Quant à la marche, elle n'avait nullement l'allure titubante d'un homme possesseur d'une tumeur cérébrale. D'ailleurs le traitement ioduré-mercuriel qui aurait dû faire justice de ces symptômes s'est montré impuissant. Les phénomènes sont donc d'ordre subjectif. Sur un terrain nerveux rendu merveilleusement accessible par des excès nombreux, franchement avoués, une sensation de vertiges liée à un peu d'endartérite spécifique *probable*, a acquis une importance grandissante, s'est installée dans le cerveau. Une idée auto-suggérée ne se dissout pas dans du sirop Gibert, pas plus qu'une gomme syphilitique ne cède à la suggestion. Elle paraît, au cas présent, avoir puisé de nouvelles forces dans le traitement médicamenteux dirigé contre elle. Nous n'en voulons pour témoignage que l'envahissement incessant des phénomènes à mesure que se répétaient les doses d'iodure, que se multipliaient les frictions mercurielles. Le malade, nous le savons, ne parlait que de sa syphilis. Enfin l'éthylisme, l'absinthisme entretiennent un état de surexcitation nerveuse et mentale bienveillant aux idées maîtresses, dominatrices, aux auto-suggestions, car le contrôle est amoindri.

Après ce cas de *pseudo syphilis-cérébrale*, voici un

cas de pseudo-tabès, où l'auto-suggestion est seule aussi en cause.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par M. le docteur SPRAUDEL)

Troubles de la marche. — Névralgie. — Disparition des phénomènes douloureux et moteurs par la suggestion.

En 1887, le capitaine X... me consulta à l'hospice de Rosières pour une affection dont il souffrait depuis trois ans et pour laquelle il avait été traité au régiment sans résultat, et mis en non-activité.

Cet officier était âgé de 38 ans, fils d'une mère hystérique, sans antécédents, morbides. A la suite de travaux de topographie dans des terrains humides, il avait été pris de douleurs dans les membres inférieurs, avec hydarthrose des genoux. Un séjour aux eaux de Bourbonne et les médicaments antirhumatismaux usuels (alcalins, antypyrine, salicylate, etc.) n'avaient fait qu'exaspérer son état. Un traitement ioduré avait augmenté sensiblement l'état de faiblesse résultant de la longue inaction à laquelle il était condamné.

Je ne notai rien d'anormal du côté des appareils circulatoire, respiratoire et digestif. M. X... se plaignait surtout de douleurs dans les membres inférieurs. Ces douleurs *n'affectaient pas le caractère des douleurs fulgurantes*; elles étaient presque continues comme les douleurs sciatiques. Les genoux offraient de l'hydarthrose. De même il accusait des douleurs en ceinture, mais ces douleurs affectaient le type continu. Le malade marchait très difficilement, mais *sans défaut de coordination* dans les mouvements. « Un enfant, disait-il, me renverserait, tant je garde difficilement mon équilibre. » Aussi ne quittait-il plus son lit que pour se traîner à son fauteuil. Les mouvements réflexes tendineux étaient exagérés. Je ne notai aucun trouble de la sensibilité.

Mais une chose dont se plaignait fort le malade, c'était une incontinence d'urine. A chaque moment, surtout dans la marche, il lui était absolument impossible de résister à cette envie. Les urines analysées par M. Dorez, de Nancy, n'offraient rien d'anormal, hormis quelques cristaux d'acide urique.

J'appliquai quelques pointes de feu sur la région des reins, le long des sciatiques et autour du genou. Je fis prendre à jeun du sel de Carlsbad et j'ordonnai le repos absolu. Ce régime amena une amélioration notable des douleurs, des hydarthroses et de la marche, mais fut sans effet sur la pollakiurie.

En 1890, le malade se rendit à Paris ; il consulta à la Salpêtrière où il fut diagnostiqué une ataxie locomotrice au début et où il lui fut conseillé de prendre sa retraite. Il fut soumis au traitement de la suspension, traitement qui produisit une légère amélioration. L'officier, très intelligent et d'une grande érudition, en fait de maladies nerveuses était arrivé à prendre la détermination de demander sa retraite. Sur mon conseil, il consulta M. le professeur Bernheim. M. Bernheim posa le diagnostic d'auto-suggestion greffée sur le nervo-arthritisme et proposa à l'officier de le traiter par la suggestion. Au bout d'une dizaine de séances, le malade accepta de reprendre son service ; mais il insista sur ce point qu'il n'obéissait pas à la suggestion du professeur. Seulement il voulait n'avoir rien à se reprocher et faire son possible pour remplir son devoir. La marche était devenue plus facile, les douleurs avaient diminué, mais la polakiurie persistait. Je lui conseillai un appareil pour obvier à cette infirmité. Deux mois après (en novembre 1891) la dernière séance de suggestion, le malade sur sa demande rejoignait son régiment et depuis, son état ne fit que s'améliorer. Actuellement, de sa maladie et de son infirmité passées, *il ne reste plus trace*.

Nous ne pensons pas qu'il doive être question ici d'ataxie hystérique. Le malade n'offre aucun stigmaté, n'a aucune apparence d'hystérie. C'était un surmené, un rhumatisant, un névrasthénique. L'état morbide connu sous le nom de névrasthénie englobe, comme on sait, un nombre indéfini de troubles fonctionnels du système nerveux. Il peut arriver que l'association de certains d'entre eux simulent grossièrement l'apparence clinique du tabes ; cette combinaison a reçu le nom de pseudo-tabes névrasthénique et de *tabes dorsalis illusoria* (Blocq.) Les réflexes rotuliens sont conservés ; il n'y a pas de troubles pupillaires ; les signes de névrasthénie par contre abondent. Le malade du Dr Sprauel présentait une exagération plutôt légère des réflexes rotuliens ; son ataxie motrice n'était pas sincère ; la marche chez lui était pénible, hésitante, inégale dans les mouvements de progression. L'auto-suggestion survint

qui donna à ces phénomènes l'allure de symptômes objectifs du tabes. Le traitement suggestif en a eu raison.

Ces observations nous ont montré l'élément nerveux dynamique sensitif source de troubles divers, de phénomènes douloureux, en dernier lieu secondés de quelques troubles moteurs. Nous étudierons maintenant les troubles imputables à un *élément nerveux dynamique psychique moteur* seul. Ils sont aussi nombreux que variés : convulsions, tremblements, tics, etc., et vraiment *dynamiques* lorsque l'action dynamogénique d'une thérapeutique suggestive suffit à les anéantir.

OBSERVATION IX

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

*Mouvements désordonnés consécutifs à une impression. —
Paramyoclonus. — Guérison complète par suggestion.*

M^{me} D..., âgée de 60 ans, rentière.

Entre le 22 octobre 1893.

Antécédents. — Mère nerveuse, avec crises hystériformes. Père vif et emporté. Frères et sœurs sujets à des névralgies de toute sorte. Mariée deux fois, veuve, 4 enfants dont 3 sont morts.

Historique. — Il y a cinq ans, par suite de la frayeur que lui causa le décès subit de son mari et de son frère, et des chagrins, ennuis, discussions de famille consécutifs, elle éprouva une sensation de fatigue, de pesanteur générale avec parésie (un mal lourd, dit-elle). Puis eut des tressaillements des membres, sans rythme ni allure caractéristiques, qui s'accusaient davantage à la moindre émotion. Lorsqu'elle tremblait ainsi, elle ne pouvait marcher ni saisir un objet.

La malade eut à cette époque comme de la paresse intellectuelle ; elle se rendait compte des questions qu'on lui faisait, mais ne pouvait y répondre qu'après être demeurée un instant silencieuse pour essayer de se concentrer. L'appétit était défectueux. Déjà au moment de la ménopause, la malade aurait ressenti une grande faiblesse musculaire. En même temps parfois ses mains se crispèrent. Son médecin

lui conseilla de ne pas se baisser, car *ça lui aurait porté le sang à la tête*, de se ménager, d'aller à l'air, etc. Déjà elle avait de la difficulté de respirer, lorsqu'elle avait fait effort ou fourni grande fatigue. Tout cela, dit la malade, — il y a cinq ans — disparut devant un régime tonique et du bon vin vieux.

Un an et demi plus tard, au printemps, ces accès de tremblements, d'agitation désordonnée, accompagnés, cette fois, de manifestations spasmodiques du côté de la gorge, réapparurent. Ils durèrent peu.

L'an dernier, nouvelle atteinte, au printemps également. D'abord ce fut le « mal lourd », puis les tremblements. Elle fut traitée dans le service de M. le professeur Spillmann par des enveloppements froids avec un drap mouillé. Elle fut guérie de ses tremblements au bout de 10 jours, mais quitta l'hôpital avec un certain degré d'impotence.

Enfin cette année, en avril (done toujours *au printemps*, cela est à remarquer), même pesanteur, même lassitude, mêmes tremblements que les deux années précédentes à pareille époque. Cette fois s'y adjoignirent des secousses cloniques de la gorge, avec contracture des muscles du pharynx et du larynx. La malade ne pouvait plus parler. Elle poussait des cris rauques, inarticulés, suffoquait. Le premier accès dura cinq minutes. La malade *ayant remarqué qu'il s'était produit au saut du lit* le matin, resta couchée le plus longtemps possible et n'osa plus se livrer à de gros ouvrages. Dès qu'elle était sur pied, elle suffoquait. Le premier accès ayant eu lieu à 3 heures du matin, le malaise ayant duré jusqu'à 3 heures de l'après-midi, la malade raconte qu'elle était heureuse d'entendre sonner 4 heures du soir, ce qui signifiait pour elle que la journée s'achèverait paisiblement. Au bout d'un mois, la température extérieure devint assez basse pour la saison ; la malade qui attribuait à la chaleur une action néfaste sur ses nerfs se mit à aller mieux et reprit ses occupations. Mais si l'heure de midi la surprenait au jardin, en plein soleil, elle éprouvait de nouveau son abattement, son malaise, son « engourdissement intellectuel ».

En août dernier (1895), les accès de suffocation revinrent avec départ douloureux au creux épigastrique, puis montée d'une boule à la gorge, constriction, sécheresse des voies respiratoires, dyspnée, forte angoisse. Puis alors ce sont des secousses spasmodiques de la gorge, de l'agitation des membres, de la suffocation.

A cette époque, elle consulta M. le professeur Bernheim, qui nous a fourni obligeamment les renseignements suivants :

« Les crises prennent la malade le matin dès son réveil et durent

jusqu'à une heure avancée, vers 4 heures de l'après-midi. C'est une sensation d'angoisse épigastrique avec constriction thoracique et laryngée, respiration haletante et accélérée. En même temps, convulsions bilatérales irrégulières, désordonnées dans les membres et le tronc, se succédant constamment. Les membres supérieurs s'agitent, se mettent en pronation, supination, flexion, extension ; ce sont de grands mouvements qui semblent souvent déterminés par des sensations ; la main se porte à la gorge, sur le dos, sur le ventre ; puis le corps se soulève, se cambre en arrière, ou se fléchit en avant, etc. Ce ne sont pas des convulsions hystériques, mais de simples mouvements désordonnés qui semblent répondre à un besoin... le corps se tortille comme si un insecte, par exemple, le piquait sur le dos et déterminait des contractions musculaires complexes pour l'éloigner ; la main se porte sur l'épigastre comme pour enlever l'angoisse ; une sensation sur la face antérieure de la cuisse produit une flexion de ce membre. Les sensations auto-suggestives thoraciques et laryngées déterminent une respiration irrégulière et haletante. Les mouvements désordonnés arythmiques des membres, que la malade peut arrêter à certains moments par un effort de volonté ou qu'on peut arrêter si on dérive fortement son attention vers autre chose, ressemblent à ceux qui ont été décrits sous le nom de *paramyoclonus multiplex*.

J'essaye d'abord la suggestion simple en état hypnotique. La malade est docile, mais n'arrive pas au sommeil profond. Cependant elle est influencée ; les mouvements se calment le premier jour, pendant la suggestion, mais réapparaissent. Puis après 4 séances la malade ne subit même plus l'influence pendant la suggestion, L'agitation est trop grande, l'angoisse respiratoire trop vive.

Alors je procède autrement ; je remplace la *suggestion passive* hypnotique par l'*entraînement actif* ; je fais ce que j'appelle de la *dynamogénie psychique* : j'oblige la malade à se lever, à marcher, je lui donne la main, je l'entraîne rapidement, en l'impressionnant vivement sans lui laisser le temps de se concentrer, de se suggestionner, et je lui montre qu'elle marche bien, qu'elle respire bien, qu'elle n'étouffe plus, qu'elle ne souffre plus, qu'elle se sent très bien. Cette dérivation psychique active réussit très bien là où la suggestion passive avait échoué et la malade *entraînée* ainsi pendant un quart d'heure reste calme et la crise est enrayée jusqu'au lendemain.

Elle réapparaît le lendemain moins intense, je l'enraye de nouveau, et je termine chaque séance en lui suggérant que les crises vont s'atténuer et disparaître. En procédant ainsi pendant un mois, à

travers quelques velléités de rechute auto-suggestive, j'arrive après cinq semaines environ d'entraînement suggestif à la débarrasser complètement. La malade demande sa sortie. »

Nous avons vu la malade sur la fin de son traitement et pu constater de nous-même les effets bienfaisants tangibles de l'entraînement psychothérapique.

Le 27 novembre 1896, nous avons écrit à la malade. Elle nous a répondu qu'elle s'était toujours très bien portée depuis sa sortie de l'hôpital, l'an dernier, que le printemps de cette année s'était passé sans accidents et qu'elle gardait à M. Bernheim une inaltérable reconnaissance pour l'avoir guérie.

Le *paramyoclonus* est une affection rare. Friedreich en Allemagne et M. Marie en France, pour la première fois en ont fait mention. MM. Lemoine et Lemaire ont récemment résumé ce qu'on en pouvait savoir. Le syndrome peut être provoqué ou exaspéré par toutes les causes de dépression du système nerveux, par le froid (Seeigmüller, Moretti, Testi), par la chaleur (c'est notre cas) un effort violent (Starr, Kny), un choc, des émotions diverses (Ziehen, Hughes, Bennett). Nous avons sous les yeux deux cas français, sons compter le nôtre, l'un relevé par notre ami le D^r Hartenberger (1) dans le service déjà de M. le Professeur Bernheim, l'autre rapporté par MM. Céry et Jandon, il y a six mois. Le psychisme domine l'étiologie de l'affection dans ces deux cas. Dans le premier, la suggestion hypnotique arrêta les mouvements pendant 2 jours, l'entraînement à l'état de veille les abolit définitivement. Le second se mélangeait de troubles d'ordre hystérique bien francs et tourna en lypémanie. Joint à notre propre observation, ils contribuent à élucider la pathogénie de cette affection bizarre.

(1) Hartenberger. — *De l'Elément psychique dans les maladies.* (Thèse de Nancy, 1895.)

« Le paramyoclonus multiplex, dit à ce propos M. le Professeur Bernheim, est une auto-suggestion. Il consiste en des mouvements convulsifs consécutifs à une impression » (Communication au Congrès de neurologie, août 1896.) A ce titre, lorsque les phénomènes ne sont pas trop invétérés et cèdent à une action dynamogénique thérapeutique puissante, le syndrome a bien un réel caractère dynamique. A la longue il pourrait même s'automatiser, si l'on n'intervenait point. Enfin la qualité psychique de l'affection nous est tout dernièrement (novembre) confirmée par l'apparition d'un nouveau cas, décrit par Stembo (*in Berlin. klin. Wochenschr.*). La présence d'idée d'obsession accompagnant les perturbations motrices y est signalée.

Chez notre malade dont le tempérament nerveux était indiscutable, une émotion morale a occasionné les troubles. Puis l'habitude émotive s'est constituée. Le dynamisme cérébral a réalisé des troubles du mouvement, des tremblements, de l'instabilité, des secousses cloniques, des spasmes, etc., sous l'action d'une impression (chaleur), fâcheuse pour sa susceptibilité native irritée par les émotions, et encouragée dans son irritabilité par les conseils médicaux excessifs. Cette réapparition printanière des accidents, leur durée presque fixe jusqu'à 3 heures de l'après-midi, caractérisent une habitude.

L'épuisement de la volonté, le ralentissement de l'intelligence sont les signes d'une perturbation dans le mécanisme de l'association des idées, dans l'équilibre dynamo-psychique. Une vigoureuse stimulation suggestive a eu raison de ce désordre mental en rompant les maladroites liaisons d'idées, en luttant efficacement contre une auto-suggestion qui déjà s'enracinait.

Qu'en effet l'idée auto-suggérée soit ancienne, son importance a grandi avec le temps. Et il est difficile, souvent impossible de la détruire. Le fait se présente chez certains *tiqueux* dont beaucoup sont incurables. Leur activité psychique se meut dans une direction unique, Une auto-suggestion les agite, incessante, perverse, absorbante. Il faut s'attaquer au mal dès le début. Toute manœuvre thérapeutique tardive expose à un échec.

OBSERVATION X

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Tic accompagnant un effort cérébral. — Guérison par la suggestion.

Marie M..., âgée de 44 ans. Entre le 6 mai 1896.

La maladie actuelle est survenue il y a deux ans, sans *cause apparente*. Pas d'antécédents nerveux. Nous sommes en présence d'une enfant, bien constituée, assez forte. La physionomie a parfois une expression inquiète.

Lorsqu'on questionne la malade et qu'elle ne trouve pas *immédiatement* la réponse, elle fait des mouvements convulsifs du tronc et des membres inférieurs, et secoue la tête: le corps entier se lève et s'abaisse deux ou trois fois sur la pointe des pieds. Au repos, pas de mouvements. La jeune fille répond sans agitation aux questions qui lui sont faites sur des choses familières. Mais si l'on exige quelque précision dans les détails, si l'on demande quelques renseignements inhabituels, le tic se produit.

— M. Bernheim. — Quel est le nom du maître d'école, mon enfant?

— La malade. — Il se nomme..... St..... Steiner.

Cette question lui est posée plusieurs fois de suite, et chaque fois le tic a lieu. Si on a soin de lui épeler le mot qu'on lui demande, elle le répète sans difficulté, sans tic. En résumé, le tic s'effectue lorsque la malade se concentre, fait un effort de mémoire; lorsqu'on lui demande une chose qu'elle ignore, elle répond simplement et sans peine: Je ne sais pas.

Au demeurant, rien d'anormal.

7 mai. — La malade est couchée.

— M. Bernheim. — Quel est ton nom ?

— La malade. — Marie..... Michel... En même temps, tic, la tête est portée convulsivement deux ou trois fois en arrière, et quelques secousses animent le tronc et les jambes ; la respiration est haletante.

A d'autres questions, mêmes mouvements. Ceux de latéralité, et en arrière dominant. La malade peut lire sans tiquer ; mais si on interrompt sa lecture par une question inopinée, le tic reprend. M. le professeur Bernheim pratique l'hypnose. Le sommeil est facile. Pendant le sommeil, on la fait parler, et après lui avoir suggéré qu'elle peut le faire sans tic, elle répond en effet aux questions sans tiquer complètement ; il se fait une ébauche de mouvements convulsifs, traduisant l'effort.

8 mai. — Suggestion hypnotique. Pendant le sommeil, même exercice qu'hier.

11 mai. — Suggestion. Sommeil profond pendant lequel on peut produire la catalepsie. Le tic est beaucoup moins marqué.

13 mai. — Il a presque disparu.

15 mai. — La malade a encore de la difficulté à prononcer certains mots, elle esquisse alors un mouvement préparatoire des lèvres, avec mouvements de la nuque comme de *déclic* pour marquer l'émission du mot. Suggestion. Exercice.

20 mai. — La malade, dit-on, aurait son tic, après la visite lorsque personne n'est plus là pour exercer la suggestion. M. le professeur Bernheim la gourmande, la réprimande, la suggestionne à l'état de veille, puis pendant le sommeil hypnotique.

28 mai. — Depuis quelques jours, elle tique bien moins.

30 mai. — Depuis deux jours, le tic n'a pas du tout reparu. L'enfant quitte l'hôpital.

Cette histoire, on le voit, a trait à une association automatique accompagnant un effort cérébral. Phénomène d'inconsciente auto-suggestion. La thérapeutique suggestive doit être continuée longtemps, sans répit. Il faut emporter l'idée automatisée non de haute lutte, mais par d'acharnés retours à la charge, de façon à créer une nouvelle habitude nerveuse qui déplace l'ancienne.

Chez notre enfant, il aurait été heureux et intéressant de retrouver la cause originelle de cette habitude, de ce tic. Malgré nos investigations, nous n'avons pu obtenir ce renseignement d'une enfant qui ne se rappelait pas avoir eu d'émotion morale vive, impérieuse. D'ailleurs combien n'est-il pas d'habitudes vulgaires chez beaucoup d'entre nous et dont nous ignorons ou oublions la provocation primitive ?

Nous appellerons l'attention, en outre, sur le caractère sans doute inconscient de cette association idéo-motrice, passée en tic, sur la spécialisation de ce tic qui accompagnait fatalement un effort intellectuel si bien que le mouvement convulsif avait l'air de décrocher le mot désiré. N'aidait-il pas à sa renaissance, à sa réexpression ? Et ne peut-on supposer alors qu'un jour la jeune malade aurait ainsi forcé une réminiscence paresseuse banale par ce mouvement en quelque sorte matérialisateur de l'effort qu'elle faisait ? La loi de l'habitude qui règle le psychisme a fait le reste.

La volonté du malade n'a aucune prise sur son propre tic. Il faut le secours d'une volonté étrangère. Aussi le pouvoir dynamique d'une suggestion peut-il limiter, régulariser, refréner, détruire le dynamisme d'une autosuggestion. Une condition importante de l'efficacité de la psychothérapie est la date récente du tic. Sinon, celui-ci est une habitude à tout jamais irrésistible, à tout jamais rebelle. L'imitation, l'impulsion forment l'étiologie du tic. La pathogénie repose sur l'individualité psychique du sujet, sur l'absence de contrôle cérébral, du moins au début de l'affection, car celle-ci s'étant installée, le malade a très bien conscience et de son habitude, et de son impuissance à s'empêcher d'y sacrifier, dans bien

des cas. Ce qu'on nomme coprolalie est un tic de la parole, qui accompagne souvent un tic de la figure. Il est aussi curieux que désagréable. En voici un exemple :

OBSERVATION XI

(Dû à l'obligeance de M. le Professeur BERNHEIM)

Tic et coprolalie chez un nerveux héréditaire. — Guérison par la suggestion.

M. X... 29 ans.

Père nerveux, ayant quelques tics dans les membres supérieurs. Une sœur qui dans sa jeunesse aurait eu quelques tics du visage.

C'est un homme vigoureux, intelligent, de bonne éducation, d'une distinction aristocratique. Il est sous-officier dans la cavalerie.

A l'âge de 6 ans, il aurait déjà présenté quelques mouvements nerveux, grimaces involontaires, portant sur les yeux et la bouche, qui s'exagéraient à certains moments de la journée, cessaient de nuit et qu'il pouvait réprimer parfois. Trois ans plus tard, il laissa soudain échapper les mots « Merde, Nom de Dieu ! » un jour qu'il travaillait. L'habitude se constitua. Ces mots grossiers faisaient explosion lorsqu'il était occupé à lire, et qu'il n'avait aucune intention de les prononcer, mais sentait qu'il ne pouvait s'empêcher de le faire. Cette coprolalie alla croissant. De temps à autre les tics de la face se reproduisaient, indépendamment d'elle. Le malade n'eut jamais de répit complet. Il fit de l'hydrothérapie pendant trois mois, se trouva un peu mieux, interrompit ses douches, les reprit 15 jours, et finalement les suspendit tout à fait, en raison de ses céphalalgies.

Lorsque je le vis, il y a un an (décembre 1895), il grimaçait 30 à 40 fois par jour. Le nez, la bouche, les yeux se convulsaient brusquement. Il exécutait à d'autres moments des mouvements désordonnés des bras; ceux-ci s'écartaient vivement du tronc comme pour éloigner une gêne de la partie antérieure de l'épaule. Les grimaces, les tics se répétaient alors même qu'il était seul, ou devant un supérieur; cependant ils étaient, dans ce dernier cas, un peu moins fréquents, si le malade s'observait et cherchait à se retenir,

Les émotions morales sont sans influence sur son tic; en février, août et novembre, le malade a passé avec succès des examens pour l'Ecole de Saumur; il les a bien passés quoique, trois jours aupa-

ravant, ses mouvements se soient montrés plus fréquents, plus accentués. Il n'est d'ailleurs pas particulièrement impressionnable.

Cependant le malade ne pouvait passer un jour sans prononcer les mots grossiers cités plus haut. L'émission irrésistible avait lieu 40 à 50 fois par jour largement. Le malade éprouvait comme une « gêne » à la gorge et sentait qu'à tout propos il fallait que *cela* partît. Son colonel, ayant constaté le fait, et surpris de trouver une telle impulsion chez un officier bien élevé, le fit appeler un jour à la salle de rapport et l'engagea à venir me consulter.

Je l'ai endormi trois fois. Le sommeil facile fut profond avec catalepsie provoquée. L'amélioration a été rapide et a persisté depuis qu'elle s'est produite. Ce militaire peut rester actuellement des jours entiers, même travailler, lire, s'occuper, vaquer à ses fonctions, sans avoir ni mouvements, ni grimaces, ni émissions aussi fréquentes de mots malpropres. Parfois les mouvements, les grimaces se reproduisent à une ou deux reprises, le malade ne profère plus ses jurons que tous les deux ou trois jours, une ou deux fois par jour, et sent, d'ailleurs lorsque *cela* doit venir, et peut se retenir la plupart du temps.

Voilà bien une impulsion passée en habitude irrésistible chez un prédisposé nerveux. La suggestion l'a considérablement amendée, sans toutefois en guérir totalement le malade, car l'habitude était ancienne.

Remarquons que le malade avait *conscience* de son affection.

Maintenant un cas d'automatisme, cette fois irréductible.

OBSERVATION XII

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM)

Hystérie convulsive. — Impulsions. — Tic. — Automatisme idéomoteur ancien. — Insuccès de tout traitement.

Marthe M..., âgée de 18 ans. Campagnarde. Entre le 3 janvier 1896.

Lourde hérédité nerveuse, éthylique du côté paternel et du côté maternel. Impressionnabilité très marquée dès le tout jeune âge.

La malade avait six ans. Depuis quelques jours elle donnait de fré-

quents signes d'énervement, avait des colères répétées, cassait tout autour d'elle au moindre refus de lui donner ce qu'elle voulait, serrait les poings, renversait son lit, se débattait violemment ; lorsqu'un soir, à table, elle déclara soudain ne plus vouloir manger. A ses parents étonnés, elle répondit en bousculant tout devant elle ; puis tout à coup fut prise de mouvements désordonnés de la tête, tomba sur le sol où s'agita bruyamment et perdit connaissance. Cela dura une heure et demie. Quelques jours plus tard, les mouvements de la tête réapparurent sensiblement. Depuis lors, ils sont allés croissant. Ils commençaient le matin, duraient toute la journée, et cessaient la nuit. Lorsqu'elle eut 9 ans, la malade dit avoir été « comme folle ». Elle était en proie à de subites impulsions qui la forçaient à crier tout à coup : « Au feu ! au feu ! ». Elle avait conscience de cette impulsion et de ne pouvoir y résister. Sa figure prenait à ce moment une impression hagarde. Elle cria spontanément en un seul jour plus de cent fois : « Au feu ! ». Une autre fois, en revenant de l'école, elle se jeta, les yeux égarés, les poings crispés, le buste cambré, le corps tendu, dans les bras de sa mère. Le jour de sa première communion elle fit des efforts pour ne pas avoir de convulsions, mais sitôt à la maison, elle céda à sa crise d'hystérie. Puis tous ces symptômes s'accrochèrent : athétose, crispation des mains, claquement des dents, trémulation des lèvres, secousses de la tête. Durant un an elle eut l'invincible idée de siffler partout où elle se trouvait, à l'église comme dans la rue ; elle n'y pouvait mais. Les mouvements choréiformes augmentèrent. Il y a quatre mois, la malade eut une nouvelle crise hystérique : elle balayait, brusquement elle lança son balai au loin, tomba, se débattit, cria, suffoqua, perdit connaissance.

Nombre de médecins la soignèrent ; tous dirent qu'elle avait là une maladie grave, très longue à guérir. Ils retinrent donc l'attention de la malade. Elle fut trouver un homme « qui guérit du secret », et porta des médailles électriques.

Etat actuel. — Constitution bonne. La malade parle avec volubilité quand on s'approche d'elle, remue la tête, fait entendre un petit sifflement. Ses yeux sont très brillants. Dès qu'on la découvre, le tronc et les jambes entrent en agitation ; sinon ils demeurent tranquilles.

Enfin si l'on capte l'attention de la malade un instant, tout mouvement, tout tremblement s'arrêtent.

La suggestion hypnotique n'a eu aucune prise sur elle. M. le pro-

fesseur Bernheim essaie la brusquerie, l'intimidation à l'état de veille, mais en vain. Un jour même, en la tarabustant fortement, il la souffleta. Rien n'y fit. La suggestion verbale enraya les convulsions hystériques, empêcha leur retour. Les tics, les tremblements persistèrent héroïquement. L'entraînement actif fut impuissant à son tour.

De guerre lasse, notre maître nous prévint qu'il lui sera impossible de guérir la malade. L'habitude nerveuse, enracinée depuis douze ans, ayant créé chez elle une sorte d'*automatisme cérébral irréductible*.

Le 30 janvier, la malade, débarrassée de ses crises d'hystérie, mais gardant son tic, quitta l'hôpital.

Un tel déchainement convulsif était incurable et n'a pas été réduit. Aussi bien de quelle forte empreinte atavique était marquée l'individualité psychique de cette malade ! L'automatisme idéo-moteur avait droit d'y prendre quartier. L'élément nerveux dynamique avait la part belle ; nous le voyons successivement sous forme d'idées impulsives, sous forme de convulsions cloniques et toniques ; enfin il fournit cette agitation musculaire *sans rythme ni raison* dont l'image s'est inscrite indélébile en la cellule psychique du sujet. Ainsi, soit intimidation, brusquerie, douceur persuasive, stimulation à l'état de veille, soit suggestion pendant l'hypnose, la psychothérapie — comme l'avait prédit notre Maître, a échoué. Elle a ses limites, ses indications.

La nature du facteur premier de tous ces troubles est d'une importance secondaire. Une excitation banale (colère à table) a suffi à déterminer l'affection convulsive que la malade portait en puissance.

Au cours de cette observation on pourra remarquer que la simple suggestion verbale, à l'état de veille, est assez énergique pour enrayer une crise d'hystérie. Notre Maître, M. le Professeur Bernheim, a longuement insisté

sur cette méthode pratique, commode, qu'il a décrite le premier (1).

Qu'est-ce donc qu'un accès d'hystérie ?

A dessein nous disons *un* et non *l'*accès d'hystérie, car nous ne croyons pas qu'il y ait un type classique et complet de l'hystérie, type classique et complet susceptible de se reproduire inmanquablement chez tous les hystériques. Une émotion morale ou physique, un traumatisme, une impression, l'image ou l'idée de cette impression, agissent avec force sur l'*hypersuggestibilité* des hystériques. L'imitation agissant par auto-suggestion joue un grand rôle aussi dans la genèse des manifestations. Tout le monde est *hystérifiable*, et n'est pas hystérique parce que la raison, chez la plupart, intervient qui réfrène nos tendances impulsives, notre automatisme et parce que surtout, nous ne sommes heureusement pas tous possesseurs d'une diathèse nerveuse favorable. En effet, qu'une frayeur nous saisisse, aussitôt nous éprouvons un sentiment douloureux à l'abdomen, à l'épigastre, une constriction à la gorge : notre respiration est entrecoupée ; nous sommes *étréints* par l'émotion ; sous l'influence d'une émotion physique, nous avons une émotion psychique. Ceux-là seuls qui détiennent un appareil hystérogène développé sont de vrais hystériques en ceci qu'ils réalisent entièrement les troubles fonctionnels que l'émotion ébauche chez tous. Appareil hystérogène signifie une susceptibilité émotive très grande, particulière, qui force le sujet d'une part à objectiver immédiatement une sensation, ou à localiser en tant que sensation l'idée d'une sensation, d'autre part à tourner promptement une idée

(1) Bernheim. — *Hypnotisme*, etc., voir p. 173 à 180.

en acte. Les hystériques sont éminemment impressionnables ; leurs sensations, leurs idées sont mobiles, variables, fugitives, mais, si rapides qu'elles soient, elles se transforment très vite en *impulsions* d'apparence spontanée, en réalité consécutives à une image, une impression quelconques.

L'irritabilité et la réaction très vives de l'appareil émotif des hystériques expliquent pour une partie les symptômes de l'accès d'hystérie : sensation de boule, suffocation, et puis torsion, convulsion des membres, tension du thorax, etc. Pour une autre partie c'est l'imitation agissant par souvenir, c'est la suggestion de l'entourage, si puissantes sur la suggestibilité hystérique, qui inculquent à l'accès une marche particulière. Ainsi est née la grande hystérie classique de la Salpêtrière, comme l'a démontré M. le Professeur Bernheim. Une femme est en crise : par dynamisme nerveux les phénomènes successifs continuent jusqu'à ce que la fatigue ait ramené l'énergie musculaire, ou plutôt qu'une idée nouvelle, étrangère souvent et introduite parfois par suggestion verbale ait ruiné l'idéo-dynamisme qui entretenait et avait provoqué la crise. Cette crise est passée. Les attaques ultérieures seront dues à une habitude auto-suggestive, les mêmes impressions, images, idées, etc., réveilleront la susceptibilité de l'hystérique, actionneront de nouveau l'appareil hystérogène.

Tous ces phénomènes d'hystérie convulsive sont d'ordre dynamique ; ils sont curables par suggestion ; ils peuvent être effacés par l'action dynamogénique de la psychothérapie.

Une observation suit, qui servira d'exemple démonstratif.

OBSERVATION XIII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM)

Attaques d'hystérie convulsive à la suite d'une émotion, provoquées de nouveau par l'image de la cause de cette émotion. — Guérison rapide et complète par la suggestion.

Marie K..., âgée de 13 ans. Fille unique, demeure avec ses parents.

Il y a deux ans, un chien ayant sauté sur son lit, elle se mit à crier « tant elle avait peur » et ressentit aussitôt une vive douleur au ventre qui persista toute la journée. En même temps qu'une forte angoisse, elle sentit une boule monter de l'épigastre à la gorge. Cinq à dix minutes après l'accident, sentant la boule monter, monter encore, elle tomba, se roula sur le sol, agitant les membres bruyamment, appelant ses parents de toutes ses forces, criant à pleins poumons qu'elle voyait le chien — d'ailleurs disparu — et faisant des mouvements désordonnés comme pour se défendre contre ce chien. La nuit qui suivit cette crise, elle ne put dormir, car elle avait de vives douleurs sous les bras. Le lendemain matin à 9 heures la crise se renouvela, cette fois avec perte de connaissance. Le surlendemain on l'amena à l'hôpital où elle resta cinq semaines. Pendant les 15 premiers jours, répétition des crises. Accalmie durant les trois autres semaines. Rentrée à la maison, elle y demeura 15 jours; elle fut malmenée et battue par un beau-frère ivrogne; à la suite de quoi elle eut deux nouvelles crises en un seul jour, puis revint à l'hôpital où elle fut traitée par les douches, le quinquina. Elle sortit guérie au bout de trois semaines après n'avoir eu de crises que les quatre premiers jours de son séjour (4 crises par jour). Enfin après une nouvelle reprise d'accès — sans cause connue — elle demeura une troisième fois à l'hôpital pendant 2 mois. Puis resta un an chez ses parents sans avoir de crises.

Mardi dernier (21 janvier 1896), une femme ivre lui aurait arraché les cheveux. L'enfant eut peur, courut à la maison, où elle tomba en crise. Cela dura dix minutes. Mercredi, nouvelle crise, jeudi, troisième crise qui eut lieu à la consultation de l'hôpital, et qu'on arrêta, reproduisit et fit cesser de nouveau par suggestion. Hier à cinq heures du soir, nouvelle crise.

La mère de cette enfant raconte que, pendant ses accès, elle casse tout, jette par la fenêtre tout ce qu'elle peut saisir à sa portée, mais

que rarement elle tombe. La mère est d'ailleurs très nerveuse et irritable. Le père n'est pas nerveux.

État actuel. — Enfant bien constituée. Assez calme, intelligente. Répond bien aux questions. Impressionnabilité très grande. Strabisme interne gauche. Pas de maladie antérieure.

Elle a conservé sa crainte des chiens ; durant la nuit elle a des crises dès qu'elle en voit dans ses rêves, et si dans la rue, elle en rencontre elle se sauve à toutes jambes pour les éviter.

Sensibilité intacte partout. Aucune douleur, en ce moment, sauf assez légère à l'épigastre et dans le bas-ventre. Céphalée presque quotidienne, siégeant au niveau de la tempe droite.

Bon appétit habituel. N'est pas encore réglée.

Lorsqu'on touche un point de l'abdomen en affirmant : « ça va provoquer une crise », les mains se crispent, la face se congestionne, se convulse, et l'enfant pousse des cris perçants. La respiration est haletante. Puis au bout de deux minutes tout cesse : la malade ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Mais si l'on concentre son attention, elle se rappelle peu à peu qu'elle a senti une boule monter de l'ombilic à l'épigastre, à la gorge, avec une douleur très aiguë qui l'obligea à crier.

M. le Professeur Bernheim pratique la suggestion hypnotique. Sommeil facile. Pendant le sommeil on fait parler la malade pour ne pas la laisser s'abandonner à ses impressions et on lui suggère qu'elle sera guérie de ses chimères, de ses peurs.

27 janvier. — La malade n'a plus rêvé de chien ; elle n'a plus eu de crises. On peut presser l'épigastre sans réveiller la douleur, sans causer de crise.

30 janvier. — N'a plus eu de crises. Se trouve calme, plus forte. N'a plus peur des chiens. Demande à rentrer chez elle parce que sa mère est malade.

Nous l'avons revue nous-même, en mars, chez ses parents, rue des Ponts. La guérison s'est maintenue.

Cette histoire instructive corrobore ce que nous avons dit plus haut. De plus, nous remarquerons ce fait : l'enfant avait sur son abdomen imprimé la sensation première dérivée de l'effroi, et l'y avait retenue sous forme de douleurs lancinantes que le choc d'une émotion nouvelle faisait renaître. Elle avait noué l'image d'un chien

avec cette sensation abdominale si pénible et les crises consécutives ; aussi la vue même mentale d'un chien (soit en rêve, soit en somnambulisme expérimental, comme cela a pu être fait) ressuscitait ces crises et cette sensation.

Tous ces phénomènes dynamiques, relativement de fraîche date, se déroulant dans un cerveau jeune, ont facilement cédé à la suggestion.

Marie K..., avant d'entrer au service de M. le Professeur Bernheim, avait été soignée par M. le Professeur agrégé Haushalter à la clinique des enfants. M. Haushalter a bien voulu mettre à notre disposition un autre exemple de manifestations hystériques, dynamiques, d'origine émotive. Il s'agit d'un jeune garçon de 11 ans et demi dont voici l'histoire.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. HAUSHALTER, professeur agrégé)

Tremblements et troubles de la parole à la suite d'émotions. — Guérison par la suggestion.

Léon P... entre le 19 décembre 1896 au service. Sa mère, très nerveuse, tremble facilement. C'est un garçon assez bien constitué, mais très impressionnable. Pas de maladie antérieure digne d'être mentionnée ici.

Le 20 novembre 1896, au soir, chez son père qui est cabaretier, des ivrognes firent grand bruit, et, parce qu'on les avait expulsés de la salle de débit, assautèrent la maison en lançant des pierres qui brisèrent des carreaux. L'enfant, tiré de son sommeil, descendit en chemise, dans la salle, et se mit à trembler. On le recoucha. Il y eut une nouvelle agression de la part des ivrognes, il y eut de nouveau du vacarme, rixe, etc. L'enfant effrayé se releva et descendit encore, son tremblement émotif reprit. Le lendemain l'enfant tremblait du bras gauche et, deux jours plus tard, des deux bras d'une façon presque continue. On l'amena alors à l'hôpital.

On ne constate aucun trouble viscéral. Le tremblement existe ; il

porte sur les deux avant-bras, il affecte un rythme, un dessin voisins de celui de la paralysie agitante et de celui de la sclérose en plaques. En effet, il augmente lorsque l'enfant est impressionné et dans les mouvements intentionnels. Il est impossible à Léon P... de manger et d'écrire. Il peut néanmoins s'habiller seul. Il est sujet aux terreurs nocturnes.

Les autres caractères du tremblement sont la symétrie pour les deux avant-bras, la persistance même au repos : les mouvements sont assez rythmiques, plutôt oscillatoires. Ils diffèrent de ceux de la paralysie agitante en ceci qu'ils ne sont pas localisés aux mains. On compte environ 128 oscillations par minute ; leur amplitude augmente lors de la préhension d'un objet. Au dynamomètre force égale (15) des deux mains.

Réflexes tendineux normaux. Pas de trouble de la sensibilité, sauf qu'elle paraît un peu obtuse au voile du palais.

Voici un spécimen de son écriture le jour de son entrée à l'hôpital.



Le lendemain, 22 décembre, M. le Professeur agrégé Haushalter le soumit à la suggestion à l'état de veille ; il le fit écrire, lui affirmant qu'il ne tremblerait plus, que son écriture serait ferme, déliée. Il lui mit la plume en main, et lui dit qu'il pouvait écrire convenablement sans peur, comme tout le monde. Et voici un échantillon de l'écriture, car le tremblement cessa rapidement.



Le 23 décembre, le tremblement était à peine appréciable ; l'enfant peut manger sans répandre ses aliments. Et il sort guéri. Mais c'est pour rentrer cinq jours plus tard. Il aurait eu, dit sa mère, à peine de retour à la maison, mal aux jambes. Son père lui aurait dit alors assez brusquement : « Est-ce que tu vas recommencer à trembler ? » L'enfant qui buvait prit peur et avala de travers ; il eut un accès de suffocation. Lorsqu'il put respirer normalement, il fut incapable d'articuler une parole. Il ressentait en même temps de l'oppression, de la gêne respiratoire.

Les jours suivants, cet état persista. Les nuits étaient bonnes. Tout recommençait dès qu'il était réveillé. Ces crises se sont renou

velées 12 fois depuis son entrée jusqu'au lendemain matin au moment de l'examen.

Voici ce qui a été constaté :

La crise consiste en une série d'expirations successives, rappelant la quinte de toux coqueluchante, aphone, moins le bruit inspiratoire et le spasme du larynx. C'est une succession d'expirations entrecoupées. Un chatouillement, paraît-il, les provoque. Il n'y a concomitamment, ni toux véritable, ni vomissements, ni tremblements. La parole est haletante, brève, saccadée, interrompue de courtes inspirations. C'est en sorte la parole de quelqu'un qui vient d'éprouver une émotion soudaine et brutale. Seulement, ce trouble, transitoire chez presque tous, est devenu une habitude autosuggestive chez cet enfant nerveux qui ne maîtrise pas ses impressions. Les crises ont continué malgré la suggestion à l'état de veille. L'intimidation, faite en lui ouvrant la bouche, en lui enfonçant un abaisse-langue, en disant que cela va le guérir, est infructueuse. L'image émotive est restée trop vive, trop imprimée dans le cerveau de cet enfant. Il faut une représentation forte qui la déplace. Dans cette idée, l'électrisation est utilisée. On pose un pôle sur la bouche, un autre sur le cou ; on décrit à l'enfant comment la guérison va s'opérer, on ajoute que l'électricité va rétablir sa voix. Dès les premières séances, la parole devient moins saccadée, les crises diminuent de fréquence. Le 16 janvier, Léon P... n'a eu qu'un seul accès.

Depuis il n'en a plus eu. La parole est redevenue normale.

Cette seconde variété de troubles d'origine émotionnelle démontre clairement le rôle joué par l'habitude dans les phénomènes psycho-dynamiques. Le tremblement consécutif à la première émotion avait cédé rapidement à la simple suggestion faite à l'état de veille ; les troubles de la parole, qui suivirent le second choc émotif, résistèrent à cette simple manœuvre suggestive ; l'émotivité de cet enfant s'était développée, elle gardait mieux les impressions. Une action curative suggestive plus impérieuse, plus frappante a été nécessaire ; c'est sous sa forme concrète, l'électrisation, que la suggestion a pu seulement être efficace. Ainsi et seulement

parla-t-elle à l'imagination de ce jeune malade. L'hypnose n'est pas le remède indispensable contre les manifestations dynamiques. Elle ne s'adapte qu'à une seule catégorie de cerveaux, elle n'est agissante que sur certains esprits, en certaines occasions. Comme toute médication elle est commandée par telles circonstances, défendue par telles autres. Chez les enfants particulièrement, au moins chez beaucoup d'entre eux, très ou même trop suggestibles elle peut devenir une habitude, non dange-reuse en soi, mais au moins digne de considération quant aux conséquences. Un enfant facilement hypnotisable acquiert bientôt un état de passivité, de docilité à toute sorte de suggestions. Nous connaissons un jeune homme qui, endormi une fois par un hypnotiseur de théâtre, et doué d'une extrême suggestibilité devint le jouet des espiègleries de ses camarades d'atelier. Il était si malléable à toutes leurs influences souvent perverses, que la famille dut intervenir. Elle isola l'enfant pendant quelque temps de toute fréquentation qui lui imposât avec une aisance trop flagrante, l'idée du sommeil dont on abusait ensuite grossièrement.

Nous devons maintenant à M. le Professeur Bernheim un autre exemple d'hystérie convulsive, produite par une émotion, enrayée par suggestion hynotique, même faite à distance. La malade traitée d'abord par plusieurs médecins, chacun avec une méthode différente, fut hypnotisée une première fois par un médecin du Brésil, sans succès. Ce détail nous montre que l'hypnose, produite par un procédé quelconque, n'amène pas une guérison des troubles visés s'il ne s'y mêle pas un mécanisme suggestif, une action suggestive.

Notre Maître, agissant de la sorte, en dernier lieu, a

réussi à guérir cette malade, que tous les médecins précédents avaient désespérée.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le professeur BERNHEIM.)

Hystérie convulsive à la suite d'une frayeur. — Guérison par la suggestion. — Récidive des accès à la suite d'une frayeur. — Nouvelle guérison par la suggestion à distance.

« Une jeune dame de 23 ans, habitant Rio-de-Janeiro, vint me consulter le 23 juin 1893, pour des crises d'hystérie datant de 18 mois, développées à la suite d'une frayeur due à un accident de voiture ; les chevaux s'étaient emportés ; la dame ne fut pas blessée, mais effrayée. Immédiatement elle eut une névralgie faciale droite à laquelle elle était sujette et deux heures après, une grande crise d'hystérie ; pendant un an, elle eut 7 à 8 crises par jour. A partir de la première, la névralgie s'accompagna d'un tic facial convulsif continu.

Au bout de six mois un médecin du Brésil essaya l'hypnotisme et parvint dès la seconde séance à guérir le tic facial. Mais les crises continuèrent malgré l'hypnotisme, en diminuant un peu de fréquence et d'intensité. Le mari emmena sa femme en Europe, continuant lui-même à l'hypnotiser avec la plus grande facilité. Les crises étaient plus courtes, mais persistaient. La malade avait un minimum de 4 crises par jour, *survenant régulièrement à chaque repas*, toujours au second plat ; de plus la moindre émotion en ramenait une.

Toutes les médications nouvelles furent essayées : l'hydrothérapie, trois cents douches froides et chaudes, l'électricité statique, tous les bromures ; je fus le 19^e médecin consulté. Charcot l'avait été avant moi. Le 21 juin, la malade vint chez moi. Dans mon cabinet, elle eut une crise durant une minute, avec perte de connaissance, secousse des quatre membres. Pendant cette crise, je lui dis doucement : « Vous savez, cela est votre dernière crise ».

Revenue à elle, je l'endormis instantanément, en lui disant simplement : « Dormez ». Son mari et le médecin brésilien l'avaient endormie comme moi. Elle était très docile, très suggestible.

Quand elle fut endormie, je vis sa respiration devenir haletante et sa face s'injecter. Alors je lui dis : « Vous ne devez avoir aucune

émotion, aucune peur ; vous respirez bien ; vous êtes bien à votre aise comme quand vous êtes éveillée. D'ailleurs vous pouvez me causer en dormant. Comment vous trouvez-vous ? » — Bien ! — Vous n'avez plus peur ? — « Non. » — « Et maintenant, vous sentez que vous êtes guérie. » Elle dit « oui », d'une voix brève et assurée. — « Vous mangerez avec plaisir, et après le premier plat, vous serez très gaie, parce que vous sentez que vous ne pouvez plus avoir de crise. » — Elle dit : « oui ». — « Et quoi qu'il arrive, vos chevaux prendraient de nouveau le mors au dent, vous resterez calme, vous n'aurez plus jamais de crise. » Elle répond avec assurance : « Jamais ». Au réveil, elle était bien et convaincue qu'elle était guérie. Elle resta encore 6 jours à Nancy et je répétai la suggestion chaque jour. Elle n'a plus eu une seule crise depuis la première séance et me l'a confirmé par lettre.

Le 12 janvier 1895, une lettre m'annonce encore qu'elle avait été admirablement guérie, mais qu'il y a quelques jours, à la suite d'une grande fatigue et d'assez grandes contrariétés, les crises sont revenues. Dans cette lettre, cette dame me prie de lui envoyer une réponse suggestive. Aussitôt je lui ai écrit qu'au reçu de ma lettre, elle se coucherait sur un fauteuil et s'endormirait. Pendant le sommeil la même suggestion se ferait que jadis dans mon cabinet. Elle m'entendra lui dire que maintenant aucune frayeur ni contrariété ne lui feront quelque chose. J'ajoute que tous les jours à dix heures du matin, elle s'endormira sur le même fauteuil avec la même suggestion, cela pendant dix jours, puis qu'elle attendra dix autres jours et m'annoncera sa guérison.

Le 9 mars 1895, je reçois la lettre suivante :

« Cher docteur et ami, c'est une lettre de remerciement et d'admiration pour vous que je vous écris aujourd'hui. *Je suis guérie*, et, j'en suis convaincue, guérie pour toujours. J'ai reçu votre lettre contenant la suggestion que vous me faisiez de Nancy à Rio, le 22 février ; j'ai suivi immédiatement et à la lettre vos conseils ; je me suis mise dans un fauteuil, j'ai lu votre lettre, je me suis endormie d'un très bon sommeil, très calme, et, après un quart d'heure de ce sommeil si bon, je me suis réveillée. Dès le premier jour, mes crises ont cessé, et depuis, elles n'ont plus jamais reparu. Je ne sais pas vraiment, cher docteur, comment vous remercier de m'avoir rendu la santé, etc., etc. »

J'ai eu, en juin encore, des nouvelles de cette malade qui vint en Europe et m'écrivit depuis Paris. Elle est demeurée guérie. »

Que tirons-nous de cette histoire ? Une jeune femme est victime d'une frayeur intense ; outre la perturbation qui s'ensuit de cette frayeur, l'image en est conservée. Tout cela portant sur une individualité prédisposée, non seulement il se réalise une crise convulsive, mais il se reproduit des accès. Une habitude nerveuse est née. Les crises se répètent à l'occasion du second plat à chaque repas, dont l'image est associée à celle de la frayeur primitive et des convulsions qui lui ont succédé.

Le traitement d'abord employé, si multiforme, est resté sans force ; la direction était fausse. Il aurait pu éveiller même dans l'esprit de la malade la pensée que son affection était inguérissable et constituer peut-être une invite à ne pas guérir. « Qu'ai-je fait, dit notre Maître, de plus que ce qui avait été fait ? Pendant le sommeil provoqué, j'ai empêché la malade de se concentrer sur ses impressions personnelles, j'ai calmé son émotivité, j'ai dérivé son attention en dehors d'elle, je l'ai fait converser avec moi pour être sûr qu'elle était tout entière à ce que je lui disais, pour centraliser aussi la tendance à l'extase ou à l'auto-suggestion émotive qui pouvait dans une certaine mesure neutraliser celle des opérateurs ; et ce faisant, j'ai obtenu une guérison immédiate, là où les autres avaient échoué. On réussit *toujours* à supprimer les grandes crises d'hystérie en peu de temps quand on sait manier son sujet, et pour cela il faut être quelque peu psychologue et avoir une certaine expérience. Pour acquérir cette expérience, il faut savoir se dégager de toute idée *a priori*. »

Nous avons là un exemple d'un usage diligent et judicieux de la dynamogénie psychique suggestive ; cela, même à distance, car la malade était demeurée attachée

par une vraie fidélité confiante à M. le Professeur Bernheim. Pareille action à distance ne tient nullement du fantastique ni du merveilleux ; elle est pour nous trop explicable dans sa simplicité.

OBSERVATION XVI

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM)

Hystérie convulsive d'origine émotive. — Guérison par suggestion.

M^{lle} X..., âgée de 19 ans. Pas d'antécédents nerveux.

Historique. — Le 7 août 1896, surprise aux champs par un orage, cette jeune fille fut si effrayée d'un coup de tonnerre qu'elle s'affaissa sur ses genoux, put se relever au bout d'une minute, mais ressentit une fatigue générale, et rentra avec peine à la maison. Huit jours plus tard, le matin, elle se lève ; ses oreilles bourdonnent. Elle a des vertiges, elle tombe faible ; puis les mains se crispent, les membres s'agitent ; la malade suffoque. Cette crise dure trois quarts d'heure. Le lendemain, elle est prise d'une impulsion subite ; elle crie, sent une oppression monter de l'épigastre à la gorge, étouffe, tombe, s'agite convulsivement. Cet état d'excitation, d'agitation se prolonge toute la journée. La malade n'a jamais perdu connaissance, ne s'est jamais fait mal en tombant. Les crises se sont répétées presque tous les jours. Pendant dix jours, anorexie ; la malade refuse tout aliment. Insomnies, cauchemars. Pas d'hallucinations, pas de crises nocturnes. Elle eut une fois jusqu'à 45 crises dans la journée. Les médecins l'ont traitée par les bromures, sirop d'éther, voire injection de morphine, sans résultat favorable.

Elle vient consulter à la clinique le 11 janvier 1897. C'est une jeune fille de taille moyenne, robuste, très impressionnable, intelligente. Elle répond bien à nos questions. Outre ses crises, elle se plaint de quelques douleurs vagues à l'abdomen, au cœur, à l'estomac. Elle est bien réglée, digère bien, n'a rien d'anormal au cœur. Jadis elle était bonne ménagère, consciencieuse et appliquée ; depuis son accident elle n'a plus de goût à rien, elle est paresseuse, somnolente dans l'intervalle de ses crises qui semblent ainsi user toute son initiative intellectuelle, absorber sa force nerveuse.

M. le professeur Bernheim l'endort assez facilement. Elle tombe en hypnose profonde. On lui suggère qu'elle sera calme désormais,

qu'elle ne s'agitait plus, pourra dompter ses impressions, n'aura plus de crises, etc. Au réveil elle ne souvient de rien. Le même jour elle n'eut qu'une seule crise l'après-midi. L'amélioration alla en s'accroissant. La malade venait au service tous les deux jours se faire suggestionner. Le jour de la troisième séance, elle a senti la boule monter, mais a bu sur-le-champ un demi-verre d'eau fraîche, et la crise n'a pas été outre. Elle a ainsi pu faire inhibition elle-même. Dès la quatrième séance elle a pu se remettre au travail, elle a repris goût à ses occupations.

Elle présenta quelque temps des douleurs mal localisées un peu partout, dans les membres, à la tête, à la poitrine ; ces symptômes névrasthéniques cédèrent à la suggestion.

Enfin au bout de quinze jours, cette jeune fille était complètement guérie.

Ce cas ne doit pas être rapproché de ceux que Charcot et Laveran ont décrits sous le nom d'*hystérie par fulguration*. Notre malade n'eut aucune ecchymose ; elle vit l'éclair, entendit le tonnerre et tomba. C'est donc d'un choc émotionnel consécutif au coup de foudre qu'il s'agit, et non pas d'une atteinte directe par l'électricité atmosphérique.

Ici encore nous trouvons un prétexte aux accidents convulsifs.

Mais il peut arriver que pareille cause déterminante fasse défaut.

L'hystérie convulsive semble se développer spontanément.

En voici un exemple :

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur BERNHEIM)

Crises d'hystérie convulsive sans cause connue. — Guérison rapide par suggestion.

X..., âgé de 13 ans 1/2, écolier, me fut amené, le 19 janvier 1893, par sa mère, pour des crises nerveuses survenues *sans cause*. L'en-

fant est impressionnable. Le père est très nerveux. Il est très bien conformé. Avant ses crises, il avait eu, dans l'année, des faiblesses, comme des syncopes, à quatre reprises, sans convulsions, ni autres symptômes.

La première crise apparut le 17 décembre 1894, la seconde le 19, puis cet enfant n'en eut plus jusqu'au 1^{er} janvier. Depuis cette date, les crises se sont produites presque tous les jours, une ou deux par jour, *invariablement vers 4 heures de l'après-midi*. Elles commençaient par un sentiment de froid dans les membres et dans la tête ; puis il y avait des crispations, des cris ; le malade tombait sans perdre connaissance, la respiration était accélérée ; des douleurs envahissaient tous les membres. Une crise dure habituellement cinq minutes. Le bromure de potassium et les autres antispasmodiques sont restés sans résultat. On ne constate chez notre malade ni hémianesthésie, ni boule, ni autres signes classiques de l'hystérie.

L'enfant est mis facilement en sommeil profond le 19 janvier et tous les jours suivants jusqu'au 25. Le premier jour, il eut encore une crise à 6 heures du soir, depuis il n'en a plus eu. Du 25 janvier au 1^{er} février la suggestion fut continuée tous les deux jours ; enfin tous les trois jours en février. L'enfant est resté guéri.

La cause de ces productions convulsives était inconnue. Cela veut-il signifier qu'il n'en était point ? Probablement, une idée quelconque a pris naissance chez cet enfant sous une impression, quelconque aussi. Par quelle association mystérieuse a-t-elle évoqué des excitations motrices, désordonnées ? Nous l'ignorons, tout autant que le mécanisme secret du sommeil naturel, ou artificiel.

Quoi qu'il en soit, une répétition automatique s'était constituée. Cet enfant avait ses accès tous les jours vers 4 heures. Un lien s'était fait entre la cause provocatrice inconnue et l'heure qui avait peut-être une action déterminante. Ce lien se composait de sensations multiples, suggérant des idées voisines.

La suggestion a dénoué cette association, cette habitude.

OBSERVATION XVIII

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Crises d'hystérie convulsives. — Névropathie douloureuse.

Guérison par suggestion.

Céleste Lé..., âgée de 19 ans, brodeuse à Haraucourt, vient à l'hôpital le 14 janvier 1897 consulter.

Elle a des crises nerveuses convulsives depuis 4 ans. La première crise serait venue à la suite d'une vive contrariété.

Elle frissonne subitement, puis, dit-elle, les nerfs se nouent sur le creux de l'estomac, ça reste là. Alors elle tombe. Elle perd connaissance. Les bras s'agitent. Cela dure 10 à 15 minutes au bout desquelles elle se calme et revient à elle. Elle reste parfois deux mois sans avoir de crise. Dans l'intervalle, elle a de fréquentes douleurs dans les membres, à la ceinture, sous forme d'élancements.

Peu d'appétit, digère mal, réglée irrégulièrement, leucorrhée. Elle n'a pas eu de chagrins, ni de gros ennuis, mais elle a toujours été nerveuse. Son père est très nerveux.

Elle se plaint de douleurs dans la région sus-inguinale droite. Toutes ses crises ne sont pas caractérisées par l'agitation convulsive, la raideur, l'arc de cercle, etc.; elle a de petites crises qui consistent en quelques secousses, avec cris et soubresauts, puis au bout de 3 secondes, tout s'apaise.

La malade a de la céphalée; elle manifeste de l'hypéresthésie thoracique; puis un peu partout si l'on insiste. Elle ne présente enfin aucun autre trouble.

Elle est soumise au traitement suggestif. Dès la première séance, elle déclare se trouver très bien. Le sommeil a été facile et profond.

Jusqu'en février, la médication a été continuée avec succès. La malade, qui avait ordinairement 2 à 4 petites crises quotidiennes, a vu ses crises s'espacer, diminuer, puis cesser complètement. Les douleurs abdominales, inguinales, dorsales, toutes ses manifestations névrasthéniques douloureuses se sont effacées petit à petit. L'appétit est revenu. La digestion est relativement passable. L'état général est très amélioré; la malade a repris confiance.

C'est là en somme un cas banal d'hystérie convulsive, mêlée de névropathie douloureuse. Cette banalité a son importance, car de telles malades sont négligemment

traitées le plus souvent. Cette dame a des douleurs, on lui donne des analgésiques quelconques ; elle a de l'hystérie, on lui administre du bromure, des douches, etc. On omet le rouage psychique, le mécanisme mental de tous ces phénomènes, et les efforts thérapeutiques restent vains dans bien des cas. En peu de temps, chez notre malade, symptômes douloureux et convulsifs ont disparu grâce à la suggestion. Cette femme, très suggestible, n'a pas résisté aux suggestions curatives qui lui étaient offertes. Elle fut très docile ; l'exemple d'une hystérique traitée concurremment de la même manière à cette époque et devant ses yeux l'encourageait sans doute à ne pas résister à nos objurgations bienfaisantes. Les douleurs paraissaient augmenter la fréquence de ses crises, donnaient une apparence de prétexte à plusieurs. Leur caractère était bien dynamique, puisqu'elles furent aussi guéries par le même traitement dynamogénique.

OBSERVATION XIX

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Hystérie convulsive développée consécutivement à des douleurs inguinales spontanées. — Pseudo-ovarialgie suggérée. — Guérison rapide par la suggestion.

Berthe B. . . , écolière, 14 ans, habite chez ses parents.

Pas de maladie antérieure. Réglée pour la première fois il y a 4 mois, sans fortes douleurs. Pas d'antécédents nerveux héréditaires.

Elle eut, il y a 2 ans, des douleurs abdominales, sans cause connue. Ces douleurs se fixèrent, sous forme de crampes, dans la région sus-inguinale. Elles ont persisté. Soudain, il y a 2 mois, la malade sentit une constriction à gauche de l'ombilic qui monta vers le cœur. Puis elle tomba, suffoqua, se débattit pendant 20 minutes et perdit connaissance. La crise se dénoua spontanément et fut suivie d'amnésie. Un quart d'heure plus tard, même crise. Le lendemain, même chose.

Depuis lors, la malade eut, par jour, 5 à 8 crises semblables. En dehors de ses accès convulsifs, elle ressent de vives douleurs dans l'aîne droite ; elle a des palpitations.

C'est une jeune fille assez grande, fluette, maigre. Néanmoins elle paraît de constitution assez résistante. Sa physionomie est très mobile. Elle est en agitation incessante. Elle est sujette à de fréquentes colères qui déterminent des crises. Apyrexie. Langue un peu blanche.

Hier elle a vomi ; elle a eu 3 crises, d'une durée de 3 minutes environ chacune. Hier matin, par la pression abdominale et affirmation simultanée qu'il va se produire une crise, la crise a lieu, avec agitation convulsive prépondérante aux membres inférieurs.

Pas de troubles de la sensibilité. Le ventre dépressible, souple, est sensible à la pression. Ce matin (23 novembre 1896), on provoque de nouveau, en pressant le ventre, une crise qu'on arrête par suggestion. Dès qu'on cesse de toucher l'abdomen, la malade entre en repos, en résolution complète. M. le professeur Bernheim dit alors : « Elle va se réveiller ». La jeune fille se frotte les yeux, les ouvre, s'éveille. On force, on active ses souvenirs paresseux par l'encouragement verbal, car elle prétend ne pas se rappeler ce qu'elle vient de faire. Après quelques minutes, elle dit enfin : « Je viens d'avoir une vraie crise, je me suis débattue, ça a duré cinq minutes ! — On fait alors de la suggestion à l'état de veille. Le surlendemain, la malade a eu une grande crise avec mouvements très désordonnés, sans suffocation, ni opisthotonos, qu'on a reproduite par suggestion. Par suggestion également, comme elle venait d'entrer spontanément en sommeil hystérique, on détermine une hémianesthésie gauche, avec hémianalgésie. Au réveil, on a beau la piquer du côté gauche, elle ne sent rien. Une nouvelle suggestion fait disparaître cette hémianesthésie et cette hémianalgésie.

On a pu par le même mécanisme, deux jours plus tard, causer de l'ovarialgie ; on pressait la région ovarique en affirmant qu'elle était très douloureuse, que c'était là le point sensible qui lui donnait ses crises. En insistant, après quelques minutes, la malade se plaint, puis s'agite, se débat, suffoque, fait une crise. On la réveille, puis, sans dire mot, comprime la région ; il n'y a pas de crises. C'est donc là une pseudo-ovarialgie suggérée. La malade est donc éminemment suggestible. On lui fait de nouveau la suggestion hypnotique, on lui suggère pendant l'hypnose de n'avoir plus ni vomissements, ni crises.

La suggestion a été continuée d'une façon persévérante. Après un

séjour de 5 semaines environ, cette jeune fille est partie vers le 30 décembre ; elle n'avait plus eu ni douleurs, ni crises convulsives depuis 15 jours.

Ainsi, une impression douloureuse s'accompagne d'un état de surexcitation nerveuse, d'énervement fait d'instabilité, d'agitation. Cela est d'observation courante : le sujet qui souffre ne peut rester en place ; il s'impatiente, il pleure ou il crie.

S'il est prédisposé nerveux, s'il écoute avec complaisance ses sensations, si son appareil hystérogène est développé, ses sensations se traduisent par des convulsions, avec strangulation, oppression, suffocation. Dynamisme nerveux et autosuggestion !

Notre observation mérite encore l'attention par la pseudo-ovarialgie suggérée. Ce phénomène dynamique a perdu sa signification particulièrement hystérique, sa valeur de zone hystérogène, depuis que M. le professeur Bernheim a démontré son mécanisme suggestif (1).

Il appuie ses considérations d'un cas démonstratif de névrose traumatique chez une personne qui présentait cette ovarialgie.

Ce cas se lie par ce fait au précédent. Nous le résumons présentement.

OBSERVATION XX

(Résumée.)

Douleur dorsale rachidienne sans lésions d'origine traumatique datant de 20 ans. — Pseudo-ovarialgie suggestive.

M^{me} L. P..., 48 ans, célibataire, entre à l'hôpital le 15 mai 1890 pour une douleur rachidienne consécutive à une chute de 20 ans. Un jour comme elle descendait de son lit, le plancher s'effondra, et elle tomba

(1) Voir Bernheim. *Hypnotisme. Suggestion. Psychothérapie*, p. 170.

sur le dos dans la chambre au-dessous. Ne perdit pas connaissance. Dans les trois semaines qui suivirent, elle eut les sensations d'un bouleversement général, sans douleur; peu d'appétit, digestion difficile, pas de sommeil. Survint alors une douleur à la partie inférieure de la région dorsale, douleur contusive intense. Cette douleur a persisté depuis, mais n'empêche pas la marche. Insomnie habituelle. La malade a été traitée par les pointes de feu, l'application de deux cautères, etc., la morphine, les ventouses, les douches; elle fit une saison à Luxeuil. La douleur est restée localisée à la partie inférieure de la région dorsale; elle est plus vive depuis deux ans.

Depuis l'an dernier, la malade accuse de plus une douleur au-dessus de l'aîne gauche; elle dit que l'ovaire est gonflé. En l'interrogeant nous apprenons que cette douleur existe surtout depuis que son médecin l'a recherchée par la pression. Depuis cinq ans, constriction douloureuse vers le rebord costal gauche, intermittente, tous les 3 à 5 jours, empêchant la malade de se coucher sur le côté gauche. Enfin la malade aurait eu, il y a 26 ans, des accès de hoquet spasmodique à la suite de la frayeur éprouvée lors d'un incendie. N'a jamais eu d'autres crises nerveuses.

A l'examen, cette femme est assez bien constituée. Apyrexie. L'appétit est assez bon, la digestion un peu laborieuse; quelques aigreurs et quelques renvois. Pas de dilatation d'estomac. Foie normal. On constate une sensibilité dans toute la région abdominale, sans rénitence ni gonflement. M. le Professeur Bernheim explique à haute voix devant les élèves que la douleur existe dans tout le côté, mais qu'elle n'est aiguë que dans la région de l'ovaire, et montre la région qu'il localise faussement à deux travers de doigt au-dessous et à gauche de l'ombilic. Cela fait, il palpe successivement tous les points de l'abdomen. Partout la malade accuse une douleur sourde; mais aussitôt qu'on arrive sur le point arbitrairement qualifié de point ovarique, elle pousse un cri et contracte douloureusement ses traits. Le toucher n'avait rien révélé d'anormal du côté de l'utérus et des annexes. La douleur dorsale est localisée au niveau de la 11^e et de la 12^e vertèbre dans l'étendue d'une pièce de 2 fr.

Aucun trouble de sensibilité, ni sensoriel.

Traitement suggestif. M. le Professeur Bernheim affirme à la malade que l'électrisation seule peut la guérir, et en concentrant son attention sur l'effet produit, en expliquant que l'électricité enlève la douleur, il électrise le point douloureux avec un appareil à induction.

Le 19 mai, on adjoint la suggestion hypnotique (2^e degré) à l'électrisation.

Le 21 mai, la malade se plaint de douleurs intercostales qu'on enlève par suggestion.

Et le 24, comme elle affirme qu'il y a du mieux (le point pseudo-ovarique existe toujours) et désire retourner chez elle, on l'engage à continuer l'électrisation jusqu'à guérison complète.

La psychothérapie eût sans doute déraciné la douleur à l'origine. A vingt ans d'âge celle-ci était devenue une habitude organique. Est-ce le traumatisme en tant que traumatisme qui a provoqué la douleur dorsale ? N'est-ce qu'au bout de trois semaines que la douleur dorsale s'est manifestée et qu'elle s'est fixée, entretenue par une auto-suggestion inconsciente. Quant à la douleur pseudo-ovarique nous l'avons (comme dans le cas antérieur) localisée à volonté, si bien que, plusieurs jours après, la compression de ce point réveillait toujours une douleur aiguë.

Ces différents exemples nous conduisent hors de l'hystérie proprement dite, en nous entraînant un instant vers les *nécroses traumatiques*. Cette dénomination, moins rigoureuse que celle d'*hystéro-traumatisme*, est plus exacte car les accidents nerveux consécutifs aux traumatismes divers ne constituent pas une espèce distincte, une hystérie spéciale. « La diathèse nerveuse héréditaire ou acquise, les émotions morales, l'arthritisme, le saturnisme, l'alcoolisme, les maladies organiques, la fièvre typhoïde, l'influenza, le rhumatisme articulaire, des lésions organiques des centres nerveux, les névralgies, les maladies du tube digestif, de l'utérus, la chlorose, etc., peuvent déterminer (comme nous le verrons) des troubles nerveux dynamiques au même titre que le traumatisme (Bernheim). » Le traumatisme agit comme toutes les causes occasionnelles ; il lui faut une diathèse nerveuse, une individualité psychique com-

plices. Ainsi l'élément dynamique pourra-t-il faire fructifier des troubles variés.

Voici d'abord un cas bénin, où le traumatisme est, pour ainsi dire, insignifiant, vis-à-vis du choc psychique et des auto-suggestions qui en furent issues.

OBSERVATION XXI

(Personnelle.)

Contusion épigastrique. — Troubles mentaux consécutifs, accès de douleurs épigastriques revenant à heure fixe. — Guérison par suggestion matérialisée.

M^{me} X. . . . 50 ans, rentière.

Il y a un an fut heurtée à l'épigastre par le tramway et renversée. On la releva sans connaissance. Elle demeura une nuit à l'hôpital, en proie à une agitation convulsive, à du délire qui exigèrent la présence de quelqu'un pour la veiller. Le lendemain matin, elle s'échappa de l'hôpital allant dans la rue comme une personne égarée, ne trouvant pas son chemin. On la ramena chez elle. Elle commença, quelques jours plus tard, d'éprouver une douleur tiraillante à l'épigastre. Cette douleur apparaissait vers dix heures du matin, à cinq heures du soir et durant toute la nuit. La malade supprima son repas du soir et ne mangea que fort peu à midi. Elle était d'ailleurs très intéressée. Elle maigrit, ne but qu'un peu de lait pour se soutenir.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, au mois de mai 1896, c'est-à-dire six mois après l'accident, la douleur se renouvelait maxima à cinq heures du soir. La malade se nourrissait d'aliments légers à midi et, le soir ne buvait qu'un peu de vin sucré.

Immédiatement sa physionomie inquiète, l'instabilité des idées qu'elle exprimait retinrent notre attention. Après avoir palpé le ventre et n'avoir trouvé ni dilatation, ni tumeur, mais éveillé seulement une douleur sourde, nous rassurâmes la malade. Sans succès nous avons essayé la suggestion hypnotique. Sommeil au 1^{er} degré. Etant donné que le mot « hypnotisme » effrayait beaucoup la malade, nous résolûmes de *matérialiser* la suggestion. Et dans ce but nous lui avons prescrit une potion suggestive (quelques gouttes de valériane) à prendre un quart d'heure avant le moment quotidien des douleurs, et quelques cachets de sulfonal pour la nuit. A l'appui,

force recommandations intentionnelles. Au bout de huit jours de ce traitement, les douleurs épigastriques avaient diminué d'intensité. Deux jours se passèrent sans qu'elles revinssent. Les nuits furent assez calmes.

La digestion avait toujours été bonne, l'appétit excellent, et ce n'est que par crainte de la réapparition de son mal que la malade s'interdisait de trop manger. Pas de constipation. Langue nette. La malade n'est plus réglée.

Elle suivit notre conseil de manger sans s'inquiéter de rien. Elle put effectivement dîner le soir, sans la moindre douleur.

Mais elle ne s'enhardit pas pour si peu. Un mois après notre première visite, elle retombait dans son état d'anxiété, l'esprit comme aux aguets d'une douleur nouvelle. Cela arriva. La gastralgie s'étant atténuée fit place à une autre auto-suggestion. La malade ayant remarqué qu'elle urinait beaucoup nous confia la crainte d'avoir le diabète. L'analyse de l'urine ne révéla nullement la présence de sucre. Cette idée chassée de son cerveau, la malade fut hantée d'autre chose : son mari étant mort d'un cancer, il y a 20 ans, et ayant présenté probablement un chapelet ganglionnaire le long des muscles du cou, la malade crut qu'elle allait être atteinte à son tour de la même affection, parce qu'elle avait découvert derrière son oreille gauche une nodosité roulant sous le doigt et saillante sous la peau.

Actuellement (novembre 1896) nous sommes occupé à combattre cette nouvelle auto-suggestion bénigne.

Il est évident que la part du traumatisme dans ces phénomènes est secondaire. Cependant nous avons voulu mentionner cette histoire pour le rôle joué par l'auto-suggestion dans la marche des symptômes et pour l'action de ce traumatisme comme suscitant l'éveil de cette auto-suggestion. Le trauma fut la cause déterminante — alors que le terrain, l'individualité cérébrale étaient tout — d'un état auto-suggestif chronique, variant d'objets et de prétextes.

Voici encore un fait où le traumatisme est très bénin eu égard aux conséquences psychiques. Notre malade est un enfant sans antécédents névropathiques.

OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé HAUSHALTER)

Impotence fonctionnelle. — Pseudo-méningite à la suite d'une chute sur la tête. — Restauration de la motilité par le traitement moral et l'entraînement actif à l'état de veille.

Garçon de 9 ans, enfant de la campagne, père vigneron non alcoolisé, mère bien portante, nerveuse.

Au mois de février 1894, en glissant sur la glace, il tombe, se fait une contusion légère à la tête. Trois jours après, il se plaint de violentes céphalées, on le couche ; le médecin appelé diagnostique une méningite, et l'on met de la glace sur le crâne du malade. Au bout de 6 semaines, il put sortir de son lit, resta 15 jours assis, et pour marcher dut s'aider d'une canne.

Il entre à l'hôpital le 10 juin 1894. Depuis sa maladie il ne peut marcher sans canne ; en s'appuyant sur une canne il a ainsi pu venir à pied de Maron à Nancy.

C'est un enfant bien constitué ; les muscles sont développés. Il est intelligent, plus que ne le sont les enfants de son âge. La sensibilité est normale, les réflexes intacts.

Au lit, aucun trouble du mouvement. Dès qu'il est à terre, l'enfant ne peut marcher sans soutien ; lorsqu'il est soutenu soit par sa canne, soit par la main, il marche normalement. Dès qu'il cesse de l'être, la marche devient maladroite, embarrassée. Le malade fait de grandes enjambées, se penche en avant, se précipite sur les murs ou les meubles pour se retenir, et tombe s'il n'y parvient pas.

Avec sa canne il court, descend les escaliers en sautant.

La suggestion à l'état de veille ne réussit pas.

Le 17 juin on fait quitter la canne à l'enfant, on le soutient *légèrement* par le bras. Tant qu'il sent le contact de la main, il marche : sitôt qu'il ne le sent plus, il trébuche, s'embarrasse dans ses jambes et tombe.

Patiemment on le fait marcher tous les jours pendant un quart d'heure. En même temps de moins en moins on le retient, à peine par sa veste ; même à un moment on fait semblant de le soutenir et ne le soutient plus ; il marche cependant.

Le 19, une amélioration notable s'est faite, l'enfant a moins de tendance à aller vite et mal. Le 21, il commence à marcher seul, normalement ; le 23 juin il court et sort.

Donc à la suite d'une chute, voici une pseudo-méningite, et surtout, une impotence fonctionnelle curieuse, en ce qu'elle ne se produit que par absence de direction de la marche, ou mieux de soutien *moral* de la marche.

L'enfant est victime d'une appréhension, d'une peur de se mouvoir, consécutivement à son accident. Il craint sans doute de tomber à nouveau et de se faire mal. Il s'habitue alors à s'aider d'une canne, sans laquelle bientôt il ne peut plus faire un pas. L'exercice quotidien démontre qu'il ne s'agissait pas d'une impotence réelle, sur laquelle on avait déjà des doutes en voyant l'enfant sauter des escaliers. L'exercice, l'entraînement, guérissent cette impotence fonctionnelle d'origine traumatique, mais de nature psychique.

OBSERVATION XXIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERNHEIM)

Névrose traumatique. — Guérison par suggestion.

Monsieur X..., âgé de 39 ans, sous-chef de gare à B...

Le 17 octobre 1894, en voulant sauver 3 voyageurs qui s'étaient risqués sur la voie au moment du passage de deux trains, il fut poussé par une locomotive. Sa tête butta contre une traverse ; il ne perdit pas connaissance et n'eut qu'une lésion des parties molles au-dessus du sourcil gauche. Pendant 15 jours, il n'accusa qu'une sensation de lourdeur dans la tête ; sa figure tout entière était gonflée autour de la plaie. Quinze jours plus tard, la plaie s'étant fermée, le gonflement dissipé, il sentit des étourdissements, des élancements sus-orbitaires très douloureux, survenant toutes les demi-heures, de l'insomnie complète (jusque vers le 25 novembre). Il dormait un peu et continuait à avoir ses élancements douloureux avec obnubilation intellectuelle, anxiété, impossibilité de travailler, les douleurs s'exagérant par l'action d'écrire ou de lire ; en même temps il éprouvait des douleurs contusives, des sensations d'arrachement dans le bras gauche qui avait été contusionné, mais ne présentait plus aucune

trace de l'accident. A cela s'ajouta un état de dépression physique et morale qui empêchait le malade de se livrer à aucune occupation.

Il fut adressé à mon collègue, M. le Professeur Gross, car on pensait à une névrite sus-orbitaire. M. Gross diagnostiqua névrose traumatique sans névrite et me l'envoya.

Le malade est bien constitué, sans antécédents pathologiques. Il est très nerveux, très impressionnable. Je lui proposai de le guérir par suggestion; il s'y prêta sans grand empressement et sans grande conviction. Il arriva au sommeil du 2^e degré, engourdissement, catalepsie, mais avec une tendance à se réveiller et assez peu de docilité cérébrale. Je lui suggérai la disparition de la douleur en lui mettant la main sur la région frontale, la possibilité de travailler, le retour de l'énergie morale, etc. Je continuai les jours suivants. Il arriva en sommeil plus profond, mais au bout de trois séances, il n'y avait que peu de changements dans son état. Il se plaignait toujours de la même sensation douloureuse, présentait toujours la même anxiété, avec une figure concentrée et sombre, témoignait toujours la même auto-suggestion. Il avait même une certaine irritation, produite par mon affirmation qu'il allait mieux et qu'il n'acceptait pas.

Je continuai la suggestion avec calme, cherchant à lui imposer par ma conviction parfaite, assurant qu'il était impossible, vu son état nerveux, qu'il ne se rétablît pas, qu'il fallait un certain nombre de séances, etc. Quand je lui voyais de la tendance à se révolter et à maintenir avec ténacité ses impressions psychiques comme cela arrive d'ordinaire chez les psychopathes, je le raisonnais vigoureusement de façon à exercer une action énergique sur son esprit. Enfin bref, après cinq séances de suggestion avec véritable dynamogénie psychique, les douleurs étaient en voie de disparition.

Le malade se sentant mieux physiquement et moralement, et après dix jours de traitement, il put rentrer chez lui et reprendre son service. Une enquête ultérieure nous a appris qu'il était demeuré guéri.

A la suite d'un choc, d'une contusion, il s'était formé dans l'esprit de ce malade une sorte de concentration émotive qui le mettait, même au début, dans une certaine disposition contre-suggestive. C'est pourquoi il se refusait d'abord à toute idée de guérir. Une médication patiente a eu raison de cet état de contre-suggestion.

Il est à remarquer que les névroses traumatiques

reposent d'habitude sur une telle situation psychique soit de contre-suggestion, soit d'auto-suggestion ferme. Le malade en effet a eu une impression violente ; cette impression se gravera d'autant plus dans son esprit qu'elle avait été plus intense, l'individualité restant, bien entendu, toujours une excellente conseillère. La fixité d'une sensation sera d'autant plus grande, pour le même motif.

Nous joindrons à ces faits de névrose traumatique un dernier exemple, qui vaut surtout par son « psychisme ». Ici l'auto-suggestion est devenue chronique ; pourtant elle a disparu spontanément après quatre ans de durée et avec elle les symptômes de contracture, dite hystérique, qui paraissaient, jusque là, ne pas devoir prendre fin.

Il s'agit d'une malade que nous avons eu occasion de voir deux fois à la clinique de M. le professeur Bernheim qui nous a rappelé alors son histoire. Nous résumerons.

OBSERVATION XXIV

Contracture douloureuse du membre inférieur droit suite d'entorse.

— *Insuccès de la suggestion. — Trois mois plus tard rétention d'urine qui persiste plus de deux ans. — Contracture du membre inférieur gauche la quatrième année. — Guérison à la suite d'émotions morales après quatre ans et sept mois de durée.*

« Marie B..., 26 ans. Entre au mois de novembre 1884 à la clinique chirurgicale pour une entorse tibio-tarsienne droite. M. le Professeur Weiss lui appliqua un appareil inamovible. Au bout de quelques semaines, ayant enlevé l'appareil, il constata que le pied était désenflé, mais tout le membre était rigide et douloureux. Nous diagnostiquâmes : contracture hystérique, développée par le traumatisme ; il y avait hypéresthésie au moindre toucher. J'arrivai à endormir la malade deux ou trois fois en sommeil profond. Mais la contracture douloureuse persistant, elle semblait mettre une certaine malice à

démontrer devant les malades du service qu'elle avait toujours plus mal. Puis après quelques séances, je ne pus plus l'hypnotiser. On lui remit un appareil. Trois mois plus tard, elle eut une rétention d'urine ; il faut la sonder régulièrement trois fois par jour. Cependant la contracture persistante amena une rétraction du tendon d'Achille et un pied bot équin ; à plusieurs reprises, il fallut la chloroformer pour redresser le pied et finalement sectionner le tendon d'Achille. La contracture du genou finit par céder spontanément ; celle de la jambe et des pieds persiste, et un appareil inamovible maintient constamment son pied fléchi.

Contre la rétention d'urine, j'essayai en vain l'intimidation, l'électrisation, les moyens les plus variés. Rien n'y fit. Dans ces derniers temps, je l'ai hypnotisée de nouveau ; elle s'y prêtait bien et entraînait en sommeil profond, sans simulation... La malade se désole, voudrait guérir. Il s'agit là certainement d'une contracture et d'une paralysie psychiques. L'idée enracinée, l'auto-suggestion inconsciente est telle que rien encore n'a pu la déraciner. Au début du traitement, la malade paraît s'être affirmé que l'hypnotisme ne la guérirait pas. Est-ce cette idée fortement ancrée dans son cerveau qui paralyse ses efforts et son propre dessein de guérir ?

...En mai 1887, je laisse à la malade une sonde et je lui dis d'essayer de s'en servir. Je défends qu'on appelle l'interne de garde. Puis je ne lui dis plus rien ; mais j'apprends qu'elle arrive à se sonder elle-même, et cinq mois après j'apprends qu'elle ne se sonde plus, qu'elle urine seule. Quant à la contracture du membre inférieur droit, elle persiste en dépit de tout ; le membre continue à s'atrophier et garde l'attitude du pied bot équin. L'appareil est renouvelé de temps en temps. Un beau jour, vers janvier 1888, je trouve l'autre jambe (gauche) contracturée en extension ; et cette contracture, sans grande douleur, devient aussi permanente.

Devant l'insuccès de tous les traitements, pensant que l'affection cèderait peut-être au temps ou à l'indifférence, je cessai de m'occuper de la malade, la traitant pour ainsi dire par le mépris. Je passais devant son lit, sans m'y arrêter, sans vouloir l'examiner, haussant les épaules quand elle faisait mine de me demander quelque chose.

La malade devint acariâtre, indocile, se croyant tout permis. La contracture double persistait plus marquée à droite qu'à gauche.

Vers juin 1888, la malade de plus en plus indocile eut une discussion violente avec la sœur : j'ordonnai qu'on l'envoyât dans la salle des incurables. Elle entra dans une violente colère, alla spontanément au service de chirurgie prier l'interne de lui enlever son appareil, et

à mon insu, quitta l'hôpital, se traîna avec ses membres contracturés chez sa sœur qui refusa de l'accepter. Elle voulut rentrer à l'hôpital ; je ne la reçus pas. Elle continua dès lors à rouler en ville ; mes élèves la rencontrèrent quelques jours après, marchant bien et sans contracture. Quelques mois plus tard, elle revint au service pour grossesse ; nous l'avons conservée deux mois jusqu'à la veille de son accouchement. La contracture avait complètement disparu. Il ne restait qu'une atrophie musculaire du membre inférieur droit et de l'équinisme, sans raideur ni douleur. Depuis, la malade a accouché et je l'ai rencontrée en ville en juin 1890, marchant sans la moindre claudication. »

C'est le 14 décembre 1893 que nous avons vu cette intéressante malade au service. Elle nous dit que depuis six ans elle a toujours été bien portante. Il y a 3 semaines, elle aurait eu de la fièvre, de la céphalalgie. Se purgea. Se fit vomir. Depuis lors, elle a gardé des douleurs gastriques avec irradiations dorsales. Elle se mit à tousser, cracher. Perdit l'appétit.

Etat actuel. — Femme de constitution moyenne ; âgée de 37 ans. Tempérament nerveux. Elle se plaint d'une douleur entre les omoplates. Pas de sensibilité à la pression ; douleur accrue quand elle tousse ; douleur tiraillante également à l'épigastre ; sensibilité à la pression. La percussion ne révèle rien d'anormal, l'auscultation permet d'entendre une inspiration rude à gauche dans la fosse sus-épineuse. Bruits du cœur nets. Pouls régulier, petit, égal. Apyrexie. Anorexie. Pas de clapotement stomacal. Dégoût pour le vin. Eructations gazeuses. Langue nette. Constipation habituelle. Régulièrement réglée ; ne l'est plus depuis deux mois.

La malade se laisse interroger difficilement ; elle dit qu'elle connaît tous « les trucs ». Très impressionnable, elle avoue qu'elle a très peu de volonté ; pourtant « je suis, dit-elle, moins acharnée à une idée qu'autrefois ». Emotivité notable ; troubles vaso-moteurs ; rougeurs et pâleurs alternatives de la face à la moindre émotion. Insomnie. Pas d'hallucinations. N'a jamais eu de crises nerveuses.

Actuellement marche assez bien. Jambe droite plus maigre que la gauche. Equinisme du pied droit. Réflexes tendineux normaux. Sensibilité cutanée intacte. Vue et ouïe bonnes.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, où elle fut traitée par le repos, l'hygiène, les toniques, elle demande sa sortie.

En mars 1896, nous l'avons rencontrée dans la rue ; elle marchait assez bien.

Enfin le 7 novembre 1896, elle est revenue se montrer au service. Elle marchait bien et ne se plaignait de rien, mais voulait voir M. le Professeur Bernheim. »

Une contracture douloureuse de la jambe, consécutive à une entorse et à l'application d'un appareil inamovible persiste, s'accompagne au bout de trois mois de rétention d'urine. La suggestion resta impuissante, soit que le malade ne l'acceptât pas par esprit de contradiction, soit que l'auto-suggestion douloureuse et spasmodique fût plus forte que la suggestion. Les opérations, la chloroformisation, les menaces, l'électrisation, rien ne sert. Cependant après plus de 28 mois, la rétention d'urine finit par céder, quand on abandonne la malade à elle-même avec une sonde. Après plus de trois ans, l'autre jambe se contracture spontanément. L'auto-suggestion persistait. Il fallut plus que l'indifférence et le mépris pour la neutraliser. Il a fallu mettre la malade à la porte de l'hôpital. Comment cette expulsion a-t-elle agi sur le centre psychique qui réalisait la contracture ? Est-ce la colère violente qui a modifié cette modalité nerveuse si opiniâtre ? Est-ce la nécessité de marcher et de vagabonder à travers la ville qui a créé la diversion psychique curatrice contre laquelle la malade se raidissait inconsciemment depuis des années ? (Bernheim). A ce propos, affirmons encore que l'auto-suggestion n'implique aucun fait volontaire ; la malade s'auto-suggère, telle chose ne signifie pas qu'elle veut cette chose, elle n'est donc pas responsable de l'état qu'elle semble avoir souhaité d'avoir ; elle est victime d'une impression contre laquelle elle n'a pas réagi ; une douleur provoque par réflexe l'immobilisation de la partie endolorie pour ne pas éveiller des reprises douloureuses, au moins des

exacerbations. La malade auto-suggestionniste reste en cet état d'immobilisation naturelle ; l'impression extérieurement, la sensation interne a dans sa conscience une évolution psychique incomplète. L'habitude vient alors qui se superpose à cette modalité nerveuse qu'elle transforme en situation permanente, voire chronique, voire infinie.

La rétention d'urine, accusée par Marie B..., était explicable de cette façon ; c'était un phénomène auto-suggestif inconscient.

La pseudo-tympanite hystérique et l'incontinence d'urine sont souvent des faits de même nature et peuvent recevoir une interprétation auto-suggestive.

OBSERVATION XXV

(Due à l'obligeance de M. HAUSHALTER, professeur agrégé.)

Pseudo-tympanite hystérique. — Guérison par choc moral.

C... est une fillette de 12 ans. Elle n'est jamais sortie de son village, détail à souligner. Père cultivateur nerveux ; mère journalière, obtuse.

Il y quelques mois, l'enfant qui, d'après sa mère, avait déjà un ventre assez gros, aurait vu ce ventre augmenter tellement, qu'on aurait cru à une grossesse. Elle ne pouvait supporter aucune ceinture ; on était obligé d'accrocher la robe en haut du corset. Après les repas, elle était forcée de se desserrer ; elle ne pouvait plus monter d'escaliers ni sauter de fossés.

Un médecin diagnostiqua une tumeur abdominale et conseilla de la conduire à l'hôpital.

A la consultation elle donna, à un examen sommaire, l'impression d'une péritonite tuberculeuse. Le ventre était énorme, tendre, dur comme celui d'une grossesse assez avancée. Par places, il y avait comme de la submatité. L'état général est du reste excellent. Dans la journée, la fillette entre au service. Elle n'est revue que le lendemain matin à la visite. A ce moment, au grand étonnement de tous les assistants, à la stupéfaction de la mère qui, en pleurant, était

venue voir ce que sa fille avait, le ventre est redevenu normal, souple. L'enfant est restée 10 jours à l'hôpital, ne présentant plus aucun trouble nerveux, aucun symptôme du côté de l'abdomen.

A plusieurs reprises, on essaya de reproduire par suggestion le tympanisme, mais sans résultat.

M. le professeur Bernheim a insisté autrefois (1) sur la nature auto-suggestive, dynamique, de la pseudo-tympanite nerveuse sans émission de gaz. Mais s'il parle de sa cure par suggestion, il ajoute qu'elle est reproductible également par la suggestion. Ici l'on a échoué dans les essais de reproduction. Cela n'infirme pas le diagnostic, car en somme la guérison spontanée ne paraît être imputable au cas particulier qu'à une sorte de *choc moral*. Il s'agissait d'une fillette ignorante, qui n'était jamais sortie de son village, et à qui la vue d'une grande ville, d'un hôpital a causé certainement une forte impression. Qu'on ajoute à cela l'idée qu'elle est venue à Nancy, dans un hôpital, à cause de son ventre, que tout ce dérangement, cette sortie brusque hors de ses habitudes, de son existence n'ont qu'un but : la disparition de sa fausse grossesse ; voilà beaucoup d'images puissantes et actives dans un esprit inculte ! Elles ont eu un effet dynamique incontestable.

OBSERVATION XXVI

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Incontinence nocturne d'urine. — Passivité psychique. — Catalepsie à l'état de veille. — Guérison par la suggestion.

René N. . . , 16 ans, vient consulter à la clinique le 15 février 1896. Depuis le plus jeune âge, il urine au lit. On l'envoie ici pour se faire guérir de cette infirmité. N'a jamais eu de crises d'épilepsie.

(1) *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie*, p. 187, 188.

Etat actuel. — C'est un jeune homme porteur de stigmates physiques et moraux de dégénérescence. On rapporte qu'il fume la cigarette du matin au soir, qu'il est mauvais sujet, paresseux, sournois. Physionomie inexpressive, face inerte, oreilles projetées en avant, front bas, nez légèrement aplati. Quand on l'interroge, il répond entre ses dents ; les mots traînent monotones. Pas de maladie antérieure. Culture intellectuelle presque nulle. Sait lire et écrire.

Il n'a jamais vu de pratiques d'hypnotisme et ne sait ce que c'est. Dès son arrivée, on le fait asseoir dans un fauteuil, après examen. Puis, sans rien dire, on met ses bras en l'air ; ils restent dans cette position indéfiniment, sans que le sujet réagisse, sans que sa physionomie s'anime ; on lui fait même faire un pied-de-nez, il demeure inétonné, atone. Pas d'automatisme rotatoire à l'état de veille. Seule existe en cet état, l'*attitude cataleptiforme* que nous venons de relater. On endort le malade très facilement, sur simple affirmation verbale. Sommeil profond pendant lequel on peut provoquer de la catalepsie rigide, de l'automatisme rotatoire, des hallucinations diverses. Le réveil est difficile ; amnésie rétroactive. Pendant le sommeil, on lui a suggéré de ne plus uriner au lit, de se réveiller quand le besoin se fera sentir.

17 février. — N'a plus uriné au lit depuis la première séance de suggestion. Attitude cataleptiforme indéfinie à l'état de veille. Suggestion hypnotique. Sommeil profond. Automatisme de toute forme. Hallucination pendant le sommeil. Mais ce cerveau est impuissant à créer et à réaliser à l'état de veille l'hallucination active d'ivresse qu'on lui a suggérée pendant l'hypnose.

19 février. — N'a plus uriné au lit. Suggestion.

Le malade n'est plus revenu. Renseignements pris, on apprend que la guérison s'est maintenue (15 jours plus tard), mais que, très suggestible, le malade se laisse entraîner par de fâcheuses fréquentations.

Cette incontinence d'urine a donc été guérie par la suggestion.

Cette guérison prouverait, au cas particulier, le caractère dynamique de cette infirmité, éclairerait aussi la pathogénie que certains auteurs mettent sur le compte d'une horreur instinctive de la nuit, d'une paresse de la volonté, d'une action dépressive quelconque chez l'enfant

qui alors se retient au lit et laisse le reflexe de la miction s'opérer lorsque fatigué le sphincter vésical ne s'oppose plus à l'émission de l'urine. Nous pensons qu'il y a plutôt dans certains cas une sorte d'anesthésie psychique, une sorte d'inconscience; une première fois l'enfant se laisse aller à pisser, sous l'action d'une sensation futile quelconque, à laquelle il ne résiste pas. Ensuite l'auto-suggestion s'insinue qui, dans un cerveau malléable, passif, dépose une habitude. Dans notre cas, n'y avait-il pas en effet une passivité psychique évidente? Ce jeune homme avait une individualité psychique inactive, incapable d'associer l'idée du bras mis en l'air à l'idée du pourquoi, individualité façonnable où une impression énergique, telle la suggestion, peut, par bonheur s'inscrire. Aussi présentait-il ce phénomène de l'*attitude cataleptiforme*, mis en lumière par M. le professeur Bernheim, et qui, se produisant dans certains états adynamiques d'origine infectieuse (fièvre typhoïde), d'ailleurs également chez des sujets parfaitement sains, mais sans grande initiative intellectuelle, est l'indice d'une réaction cérébrale faible, même nulle, aux impressions. Les malades chez qui nous avons dépisté ce phénomène étaient, la plupart, d'une intelligence médiocre, ou sous le coup d'une infection hyposthénisante qui sans doute agit sur les centres psycho-moteurs au moins momentanément.

L'inertie cérébrale de ce garçon s'opposait à ce qu'il pût cérébralement maîtriser le reflexe spinal de la miction, à tout instant que celui-ci pouvait être actionné par une impression sensitive quelconque.

En d'autres circonstances, il se produit un phénomène d'inhibition, inconsciente au même titre que les exagé-

rations dynamiques qui dégénèrent en troubles moteurs. L'idée neutralisante explique les paralysies d'origine psychique, en grande partie. L'aphonie, dite nerveuse, ou hystérique est d'ordre dynamique. Il y a inhibition à l'excitabilité réflexe des cellules motrices de la moelle animant les muscles du larynx qui président à l'émission de la voix. La phonation est annulée, la parole subsiste. Les cordes vocales inférieures ne réagissent plus à l'expiration. L'inhibition vient d'une idée, d'une émotion, d'un choc moral ou physique.

OBSERVATION XXVII

(Personnelle.)

Aphonie nerveuse. — Guérison par la suggestion.

M^{lle} X..., pâtissière à N..., âgée de 23 ans, est venue consulter M. le professeur Bernheim le 23 janvier 1896, pour une aphonie.

C'est une jeune fille petite, de tempérament lymphatico-nerveux. Elle est, dit-elle, sujette aux enrouements. Le 1^{er} janvier, à la suite d'une émotion relativement légère, en sautant du lit, elle ne put soudain parler à voix haute. Elle alla consulter un spécialiste qui l'électrisa, cautérisa son larynx, sans d'ailleurs avoir remarqué de lésion et sans résultat. Elle est excessivement impressionnable, n'a jamais eu de crises nerveuses véritables, mais de simples ébauches, car une émotion un peu vive détermine chez elle de la constriction à la gorge. L'excitation nerveuse s'arrête là. La malade dit qu'elle peut se maîtriser. Elle raconte qu'elle est d'une nature colère et emportée.

Pas de maladie antérieure. Pas de troubles d'autres appareils. Bien réglée. Constipation habituelle.

Grande docilité à la suggestion. M. le Professeur Bernheim l'endort facilement et, pendant l'hypnose, la fait parler. La voix, d'abord encore un peu sourde, s'éclaircit entièrement à une seconde séance de suggestion.

Nous avons, par nous-même, apprécié la différence de la voix avant et après suggestion. Depuis lors, elle parle bien et clairement et s'estime heureuse d'une guérison qui n'eût, dans sa rapidité, d'égale que l'apparition de l'affection.

Cependant, en novembre 1896, nous avons appris qu'elle avait eu deux récidives, mais qu'aussi facilement que la première fois elle avait été débarrassée de son aphonie.

OBSERVATION XXVIII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM)

Crises convulsives, douleurs auto-suggestives. — Contracture des membres, amaurose, aphonie hystériques.

M^{me} T..., 35 ans. Entre au service le 13 juin 1893. Mariée, mère de deux enfants. Habituellement bien portante. Eut il y a 9 ans, après ses secondes couches, quelques sensations de constriction à la gorge avec boule, qui, sous l'action de contrariétés répétées, devinrent de vraies crises convulsives. Un matin, elle ne put se lever, les jambes étaient pliées à angle droit sur les genoux, en contracture. Elle garda cette contracture 14 mois au bout desquels elle consulta M. le docteur Liébault, qui l'en débarrassa partiellement par suggestion. Les crises diminuèrent également de fréquence et d'intensité. La malade marchait, la jambe droite encore fléchie; elle s'aidait de crosses. C'était une auto-suggestionniste. En sortant de chez M. le docteur Liébault, un jour elle s'était suggéré que 11 mois plus tard elle serait délivrée de sa contracture. Effectivement, 11 mois plus tard, jour pour jour, à son réveil le 9 mai elle se lève et marche librement. Cinq ans après, elle éprouva de nouveau des chagrins, des contrariétés. Les crises convulsives se remontrèrent. Elles furent précédées d'accès douloureux à forme de névralgie sus-orbitaire, pour lesquels la malade s'autosuggéra cinq fois successives une durée de 27 jours. C'est à la suite de la dernière période douloureuse plus accentuée que les 4 autres, et exceptionnellement plus longue, que la boule hystérique, puis les convulsions réapparurent. Les phénomènes de contracture survinrent au milieu d'une crise assez violente. La main droite se raidit spontanément. Huit jours plus tard, la malade fut frappée d'aphonie. Elle articulait les mots à voix basse. Presque en même temps, elle eut de l'amaurose. Pendant vingt jours elle fut aveugle. La vue lui fut rendue avec la disparition des douleurs; mais l'aphonie persista.

Etat actuel. — Constitution moyenne. Tempérament nerveux. Impressionnabilité vive;

Le bras gauche de la malade est allongé horizontalement; la ma-

lade accuse une douleur dans l'épaule et dans le coude à la pression. Les muscles contracturés permettent cependant une légère flexion de l'avant-bras qui se trouve en supination; la main est infléchie à angle droit sur cet avant-bras, les doigts sont infléchis à angle droit sur le métacarpe. L'index repose sur le pouce qui est allongé et sur la dernière phalange en extension forcée. Cette femme ne peut pas mettre le bras en pronation. On peut redresser la main qui revient aussitôt à sa position. La main est anesthésique et analgésique. On constate encore de la raideur dans le mollet et le creux poplité gauche. La marche s'effectue avec une claudication droite assez marquée, car on trouve de l'hypéresthésie au mollet droit. On relève un rétrécissement assez marqué du champ visuel des deux yeux. Depuis trois mois insomnie habituelle.

La malade s'est autosuggéré la guérison de son bras pour le 20 juin, le retour du sommeil, la disparition des douleurs pour le 21 juin et la disparition de l'aphonie pour le 22 septembre.

21 juin. — La contracture de la main a complètement disparu.

22 juin. — La malade, qui avait prédit qu'elle dormirait bien, a dormi très bien cette nuit.

La suite de cette histoire manque.

Néanmoins elle est digne d'intérêt par l'exposé du processus psychologique. Cette femme, après quelques accès convulsifs, présenta de la contracture. D'après M. le Professeur agrégé Haushalter la contracture dite hystérique provient d'un défaut de l'action inhibitive du cerveau sur les cellules excito-motrices de la moelle. Ce défaut, cette suspension de l'inhibition, ont lieu sous le coup d'une émotion, d'un traumatisme, d'une idée. Les fonctions excito-motrices « seront exaltées dans certaines régions de la moelle, la tonicité musculaire dans les muscles qui en dépendent sera accrue, et la contracture sera imminente. Une fois établis, le défaut d'inhibition et par le fait, la contracture, peuvent être entretenus presque indéfiniment chez l'hystérique par des phénomènes d'ordre purement psychique.... Cette hypothèse a l'avantage

d'aider à interpréter en partie le mode d'action de la suggestion sur la disparition des phénomènes spasmodiques... A l'état de veille ou à l'état de sommeil provoqué, la suggestion incruste dans l'esprit une idée qui, par un mécanisme peut-être analogue à celui du choc moral ou du choc physique, produit un phénomène d'inhibition dont l'origine est une modification physique... (1) »

Alors à quoi bon inventer une « diathèse de contracture » ? Il ne peut être question ici d'une disposition sui generis à réaliser de tels symptômes, mais bien d'une variété d'autosuggestion chez une hystérique. Le laps de temps assigné par la malade elle-même à la durée de ses contractures diverses, la disparition de ses contractures au jour fixé, témoignent que nous sommes en présence d'un cas de suggestion à longue échéance. La particularité est que cette suggestion prend consistance chez la malade, sans une intervention étrangère.

Quant aux autres symptômes, anesthésie, amaurose, analgésie, hypéresthésie, rétrécissement du champ visuel, aphonie, ils sont imputables aussi à l'hystérie, si l'on veut. Ce sont des faits d'ordre dynamique, des faits d'autosuggestion.

L'aphonie a mérité à cette observation d'être placée à la suite de la précédente. Elle persista, quoique la vue ait été recouvrée ; la malade s'était persuadé qu'elle retrouverait sa voix le 22 septembre seulement. L'absence de renseignements postérieurs à son départ prématuré empêche d'affirmer que la guérison ait eu lieu. En tout

(1) Haushalter. — *Contracture hystérique du membre inférieur gauche chez un enfant de 13 ans* (Nancy, 1887).

cas; vu son caractère dynamique, elle a pu disparaître au même titre que l'amaurose et les autres symptômes.

Nous ferons suivre cette observation d'un cas de paraplégie nerveuse accompagnée de tremblements, de douleurs chez une jeune fille, très névropathe, très impressionnable, très suggestible.

OBSERVATION XXIX

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Tremblement des membres supérieurs. — Douleurs en ceinture. — Paraplégie avec équinisme léger du pied droit. — Guérison totale par la suggestion.

Alice F. D..., 11 ans, est amenée de Delle au service le 23 mars 1892. Pas de maladie antérieure.

Historique. — La nuit d'avant Noël, elle tomba sans connaissance à l'église. Elle ne revint à elle qu'au bout de 3 heures. Elle se rappelle cependant qu'on l'a frictionnée et qu'on lui a fait boire de l'eau-de-vie. Depuis lors, elle a toujours été malade. Elle se plaint d'une douleur constrictive qu'elle indique autour de la ceinture; ses épaules sont la proie de tiraillements pénibles. Ces douleurs ne durent pas d'une façon constante; elles reviennent environ tous les trois jours, et durent 4 à 5 heures.

Au commencement, les crises venaient tous les deux jours. La crise débute par une douleur autour de la ceinture, montant sous les aisselles, par une constriction pongitive accompagnée de tiraillements douloureux dans le thorax, et de deux points traversant la poitrine au niveau du sein gauche et l'empêchant de respirer. Pas de sensation de boule ni de constriction laryngée. En même temps agitation très vive avec tremblements, mouvements désordonnés, secousse convulsive des bras et des jambes; elle porte la main sur la poitrine comme pour arracher le mal.

Depuis six jours n'a plus eu de crises; la dernière avait duré 5 heures 1/2; depuis deux mois les crises sont plus espacées et ne viennent à peu près que tous les huit jours. Dans l'intervalle des crises, elle ne peut plus marcher.

Au dire de son médecin, les premières crises étaient principalement nocturnes, caractérisées par des plaintes bruyantes, des cris,

des grimaces, des convulsions, des terreurs et du délire ; elle-même dit que les crises étaient déterminées par la douleur.

Pendant cette période qui — d'après le médecin — a persisté deux mois avec rémission de quelques jours, l'anorexie était absolue ; l'enfant refusait à peu près toute nourriture ; l'habitus extérieur demeurait néanmoins satisfaisant ; le caractère était très mélancolique.

Les crises avaient disparu vers le 20 février, pendant environ 3 semaines ; l'appétit était revenu ; mais la malade, qui depuis la première crise se tenait difficilement debout, ne le put plus du tout. La paraplégie a persisté.

L'enfant dort assez bien la nuit. La maladie paraît donc ne reconnaître aucune cause apparente. Le père et la mère sont bien portants.

État actuel. — Constitution primitive bonne. L'enfant est intelligente, docile, et a fait de bonnes études. Apyrexie. Les mains présentent un petit tremblement irrégulier qui, au moindre bruit, se transforme en mouvements désordonnés ; les bras se soulèvent, le corps est projeté en avant, les jambes s'agitent.

Ce tremblement est surtout latéral droit. La malade écrit son nom d'une écriture tremblotante.

La sensibilité est normale, sauf réaction faible à la piqure. Pas de douleurs actuellement. Le ventre n'est pas sensible ; on peut le déprimer. La malade s'assied bien dans son lit. Les jambes sont immobiles, les cuisses et les jambes rapprochées, en extension ; le pied gauche est en extension dorsale (équín) ; toute la jambe est couchée sur sa face interne. La malade peut d'ailleurs plier les pieds, les orteils ; elle arrive à soulever le pied gauche et à le tenir en l'air avec un certain tremblement ; idem pour le pied droit. Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. Le malade peut tourner la jambe gauche en dehors, mais a toujours de la tendance à la ramener en dedans, sur sa face interne. Quand on veut la mettre debout, les jambes, les cuisses fléchissent et elle tombe.

Ni urines, ni selles involontaires. La sensibilité à la douleur, à la température, est conservée. Cette enfant accuse des céphalées frontales, gravatives presque quotidiennes. Depuis plusieurs années, elle aurait parfois des fourmillements dans les membres inférieurs.

Au dynamomètre, les deux mains donnent 0.

Nous avons eu la fortune de voir cette malade nous-même, il y a cinq ans, alors que nous étions externe bénévole chez M. le Professeur Bernheim. Son histoire nous offrait déjà de l'intérêt. Aujourd'hui

nous nous rendons compte qu'il n'était là encore que des troubles d'ordre dynamique. Alice F. D. fut en effet soumise à la suggestion d'une façon patiente et continue, ainsi qu'à une sorte d'entraînement, et de gymnastique. A la première séance, elle tomba en hypnose profonde, avec catalepsie provoquée, hallucinabilité, automatisme rotatoire. On lui suggéra de ne plus trembler. Au réveil, le tremblement avait disparu. On allia à l'hypnose la suggestion active ; M. le Professeur Bernheim lui mit une plume en main et lui dit : « Allons, écris, mon enfant, tu le peux, sans trembler. » Il l'endormit, lui suggéra d'écrire fermement son nom. Au réveil, elle le put faire. Nous avons sous les yeux les deux spécimens d'écriture, avant et après suggestion ; la différence est frappante. Notre maître agit de même pour restaurer la marche, il l'endormit, lui suggéra de pouvoir se tenir debout, de pouvoir aller sans peur, sans tremblement, d'être solide sur ses jambes. En même temps, il lui frottait les jambes. En deux séances, elle put se lever, se tenir droite sans tomber. Le 29 mars, elle n'avait plus de douleurs, plus de secousses, et pouvait marcher, avec lenteur et précaution. Les exercices se répétèrent ; on lui fit, dans le même ordre d'idées, tenir en main un verre rempli d'eau : « Tu peux le boire, sans verser une goutte, tu ne trembles pas, ta main est forte, vigoureuse, lui dit-on ! ». Elle put ainsi porter le verre à sa bouche, et le vider sans le laisser échapper.

De plus, elle reprit appétit, elle reprit la gaieté de son âge.

Dès les premiers beaux jours d'avril, elle descendit au jardin de l'hôpital. Le 6 elle put courir. Enfin le 9, elle sortit complètement guérie à la plus grande joie et à la plus grande surprise des siens qui croyaient à un miracle.

Et pourtant de quoi s'agissait-il ? D'une myélite ? Mais il n'y avait aucun trouble de réflexivité tendineuse, ce seul symptôme est d'une importance capitale ; or il manquait. L'enfant était douée d'une grande émotivité. Sa chute inopinée à l'église, où sans doute elle était impressionnée, organisa un cortège de symptômes douloureux qui, à leur tour, s'opposèrent à tout mouvement capable de les éveiller ou de les exagérer. Une idée neutralisante se développa dans l'esprit de l'enfant ; il se fit de l'impotence fonctionnelle. Il n'y a jamais eu de fièvre ;

il est donc difficile de songer à un processus infectieux quelconque à localisation spéciale. L'émotivité exagérée de la malade explique aussi le tremblement. Une émotion trouble la conductibilité nerveuse, rompt l'harmonie dynamique nerveuse. Le tremblement peut devenir habituel par autosuggestion inconsciente. Nous avons vu que le moindre bruit augmentait l'intensité de ce tremblement ; M. le Professeur Bernheim habitua la malade à entendre des bruits subits, en même temps qu'il lui défendait de trembler. Ainsi réussit-il à l'en guérir.

Nous avons vu, esquissée, l'action bienfaisante de l'entraînement actif, de l'exercice, de la gymnastique suggestive, dans les cas d'impotence fonctionnelle dynamique.

Nous devons à notre Maître un exemple plus saisissant encore ; il a bien voulu expliquer, à la suite de cet exemple, le mécanisme de l'entraînement que le premier il mit en honneur et en pratique.

OBSERVATION XXX

(Due à l'obligeance de M. le professeur BERNHEIM.)

Paraplégie nerveuse. — Guérison par entraînement suggestif actif à l'état de veille.

« M^{lle} A..., âgée de 17 ans, de Paris, vint me consulter en octobre 1896 pour une paraplégie nerveuse que l'on supposait d'origine grippale (1).

(1) Voici, en complément, des renseignements émanant du docteur P. qui a adressé la malade à M. le Professeur Bernheim : « Bonne santé habituelle, atteinte en novembre 1893 d'une fièvre typhoïde qui a évolué sans complications graves, elle a eu une convalescence longue. La guérison paraissait devoir s'établir nettement, elle sortait, faisait des promenades quotidiennes, quand une poussée grippale vint tout interrompre. Depuis,

La jeune fille était intelligente, très impressionnable, sans maladie antérieure, sans antécédents nerveux notables ni personnels, ni héréditaires. Depuis environ un an, elle ne pouvait marcher. Elle se tenait péniblement debout, faisait difficilement quelques pas.

Il existait en même temps un certain degré d'anorexie nerveuse. Elle mangeait peu, et il fallait se gendарmer vraiment avec elle pour lui faire avaler une cuillerée de potage.

Elle avait essayé des traitements divers, avait fait une saison à Cabourg, sans résultat. Le docteur P., de Paris, avait reconnu une paraplégie nerveuse et voulut bien me l'adresser. Je trouvai une jeune fille bien constituée, très docile, sans aucune manifestation hystérique, ni anesthésie, ni ovarialgie, ni boule, etc.

Je constatai que les membres inférieurs n'étaient pas amaigris, que tous les mouvements articulaires étaient possibles, que les réflexes tendineux étaient normaux ainsi que la sensibilité cutanée.

La malade dut être transportée dans sa chambre à l'hôtel. Je la fis mettre debout. Elle se leva, mais se tint très difficilement, le tronc penché en avant, presque courbée en deux. Je l'engageai en vain à marcher ; elle ne put le faire seule. Je lui pris les deux mains pour la conduire ; elle exécuta avec lenteur et difficulté 2 à 3 pas en avant ; mais ce fut tout.

Je m'aperçus cependant qu'en la tirant vers moi par les mains, de force je pouvais la faire progresser, mais le corps était toujours fortement incliné en avant. Les mouvements se faisaient bien dans les articulations. Je l'obligeai à se redresser, à marcher plus droit. Spontanément elle ne put faire aucun pas.

J'essayai alors de l'endormir sur un fauteuil. Je ne pus arriver qu'à un engourdissement douteux. Je lui suggérai, en vain, de toutes mes forces, avec conviction qu'elle pouvait se tenir debout, marcher sans aucune peur, que ses jambes avanceraient sans peine ; la suggestion resta inutile.

Et ainsi pendant 3 séances. Je n'obtins rien. Je pouvais traîner la malade courbée en deux, vers moi, je ne pouvais pas la faire aller spontanément.

J'eus la conviction qu'il s'agissait d'une paraplégie nerveuse d'origine psychique. La malade pouvait marcher ; la fonction de la marche

une grande faiblesse, un état névrasthénique intéressant tous les organes, une apathie physique et intellectuelle persistent. Tous les traitements ont été essayés, sans compter la vie au grand air, au bord de la mer, douches, massages, frictions, etc. » (*Lettre du 8 octobre 1894*).

étant chez elle chose possible, elle voulait marcher et me disait : « Je ne suis pas paralysée, je fais tous mes efforts, j'use bien toute mon énergie et ma bonne volonté, mais je n'arrive pas. » Il y avait quelque chose qui s'interposait entre la volonté et l'acte, comme si la cellule cérébrale idéo-motrice ne pouvait pas actionner le nerf moteur, comme s'il y avait un mécanisme quelconque fonctionnel ou organique faisant inhibition entre l'un et l'autre.

Alors au lieu de faire de la suggestion *passive*, c'est-à-dire de l'affirmation simple à l'état de sommeil ou à l'état de veille, je fis de la *dynamogénie psychique*. Je passai tous les jours 3/4 d'heure à une heure à faire aller la malade, la forçant à se redresser. Je la prenais par les deux mains, je l'entraînais avec moi dans tous les sens, l'obligeais à courir, puis à marcher seule en la stimulant, et en la poussant par derrière. J'obtins ainsi un résultat graduel, et au bout de 8 jours une amélioration notable. Je lui appris de même à monter et à descendre les escaliers, ce qui s'effectua lentement, pas à pas, avec hésitation. Dans toute sa marche, on sentait qu'il y avait quelque chose qui l'empêchait d'avancer.

Après une dizaine de jours de traitement, je dus m'absenter huit jours, pendant lesquels elle resta à Nancy. Et à mon retour, le résultat persistait, mais sans progrès ultérieur.

Je repris mon entraînement. Au bout de 15 jours environ, j'arrivai à la faire descendre dans la rue avec moi et à se promener, mais toujours avec une tendance à se courber en avant. En outre, beaucoup d'hésitation et de lenteur dans la marche. Il me fallait de temps en temps la pousser dans la rue pour faire avancer ses pieds.

Enfin, après un mois d'efforts persévérants, pendant lequel le progrès se fit *pas à pas*, le résultat définitif était obtenu. La malade put faire spontanément une lieue à pied. La guérison s'est maintenue. La malade marche, court, voyage et n'a plus eu le moindre trouble de motilité.

L'anorexie nerveuse persistait encore. Je m'étais contenté de lui suggérer l'appétit et la possibilité de manger, mais sans faire l'entraînement actif semblable à celui que j'avais fait pour rétablir la marche, c'est-à-dire sans l'obliger à manger devant moi, de façon à faire son éducation progressivement. Elle quitta Nancy, ne conservant plus que cette inappétence nerveuse qui dura encore pendant plus d'un an et finit par céder, grâce aux efforts considérables que la malade, sur mon invitation répétée par lettres et une fois oralement, fit dans ce but. La guérison est aujourd'hui parfaite.

Toutes les paraplégies dites nerveuses, hystériques, psychiques, etc., ne relèvent pas du même mécanisme, ajoute M. le professeur Bernheim à propos de cette observation ; quelquefois, à la suite d'une maladie prolongée, avec long séjour au lit, il y a une faiblesse réelle, qui est exagérée par l'impressionnabilité nerveuse du sujet qui trompé par ses sensations exaltées croit ne pas pouvoir marcher. Dans ce cas, il suffit de faire marcher le sujet en lui donnant confiance, de le tenir par les mains pour arriver, en peu de jours, à restaurer la fonction.

D'autres fois, c'est la peur qui fait inhibition ; un sujet a eu des douleurs musculaires, articulaires, nerveuses, dans une jambe, ces douleurs ont disparu, mais existent encore à l'état de souvenirs ou à l'état de peurs, et tendent à renaître quand le sujet veut se lever. Tantôt c'est cette douleur nerveuse purement psychique qui empêche les mouvements de la marche, tantôt c'est une simple peur ou angoisse nerveuse qui envahit le sujet aussitôt qu'il se sent debout et le paralyse. Nous croyons que beaucoup de faits qualifiés sous le nom bizarre de *astasia-abasia* ne sont en réalité que de simples névroses psychiques rentrant dans cet ordre de phénomènes ; j'ajoute que je n'ai jamais vu d'*astasia-abasia* réelle.

Chez notre malade enfin, il s'agit d'un troisième mécanisme de paralysie dite psychique. Il n'y avait chez elle ni douleurs, ni peurs, ni même sentiment de faiblesse exagérée l'empêchant de marcher ; elle disait : « Je n'ai pas peur : je me dis quelquefois, je dois pouvoir marcher ; je ne me sens pas faible, et cependant je ramasse en vain toute mon énergie, je ne peux pas ». Le mécanisme de cette forme de paralysie, qui n'a été décrit nulle part, est celui de l'anorexie nerveuse. Il semble y avoir, comme nous l'avons dit, quelque chose qui fait inhibition à la volonté. Un obstacle dynamique s'interpose entre la cellule psychique et le nerf moteur, faisant pour ainsi dire une contre-suggestion à l'idée de marcher. Cet obstacle ne peut être rompu, comme nous l'avons vu, que par une dynamogénie psychique prolongée.

Dans les deux faits suivants, que je retrace à gros traits d'après mes simples souvenirs, la fonction de la marche a été entravée par une douleur psychique continue.

M^{me} X..., âgée de 50 ans, vint me consulter, il y a une dizaine d'années pour une douleur dans la jambe droite, l'empêchant de marcher depuis de nombreuses années. Quand elle avait marché pendant environ dix minutes, cette douleur s'exaspérait et l'obligeait à

s'arrêter, à prendre un repos prolongé. On avait essayé en vain tous les traitements externes et internes : bains, hydrothérapie, etc. Bien constituée sans maladie antérieure, n'accusant qu'une impressionnabilité très grande, mère d'une fille mariée, n'ayant jamais eu aucun symptôme hystérique ni névrasthénique, M^{me} X..., qui habitait à Paris, étant de passage à Nancy, vint me trouver. Je ne constatai chez elle aucune altération organique ni autre trouble fonctionnel qu'une douleur dans la jambe droite qu'on pouvait développer à la pression et localiser à volonté, car elle n'avait pas de siège bien précis. Le membre n'était pas amaigri. Je fis la suggestion ; elle ne s'endormit qu'au premier degré, engourdissement simple sans catalepsie. Faisant quelques frictions sur la jambe, je lui affirmai la disparition de la douleur et la possibilité de marcher, sans réveil de la douleur. La malade, docile, intelligente, se prêtait sans arrière-pensée à la suggestion. En sortant de chez moi, elle fut étonnée de pouvoir faire une demi-lieue à pied. Après trois séances, elle put faire une lieue, et, au bout de cinq jours, elle se remit en voyage et a toujours pu continuer à marcher depuis sans avoir eu le moindre sentiment de la douleur.

M^{me} X..., âgée de 56 ans, me consulta en juin 1896, aussi pour une douleur dans la cuisse droite qu'elle avait depuis 15 ans et qui la condamnait à une impotence fonctionnelle presque absolue. Elle pouvait bien se lever et circuler un peu dans sa chambre, mais il lui était impossible de sortir. Aussitôt qu'elle marchait, cette douleur devenait excessive et l'empêchait de continuer. Il y a quelques années, après avoir essayé tous les traitements, électricité, hydrothérapie, massage, etc., elle s'était adressée à un chirurgien qui, songeant à une névrite, avait fait une résection du nerf sans résultat et avait conclu qu'il ne s'agissait que d'une douleur nerveuse. Mais cette douleur était d'ailleurs assez fixe ; je ne me rappelle pas le siège précis. M^{me} X... était forte, bien constituée, sans crises, ni autres manifestations hystériques, mais très impressionnable, très expansive, pleurant facilement et pleine d'effusion. Elle venait chez moi en voiture, ne pouvant sortir à pied, elle entraînait dans mon cabinet en boitant. Je constatai que la motilité était normale ainsi que la force musculaire, que la douleur n'affectait pas un trajet nerveux déterminé, que, outre la région douloureuse bien nette, on pouvait provoquer de l'hypéresthésie ad libitum par pression et affirmation. Je suggérai à la malade de dormir ; elle arriva facilement au troisième degré ; attitude cataleptiforme, automatisme rotatoire, souvenir con-

servé au réveil. Je lui suggérai avec énergie et attonnement du membre la disparition de la douleur et la possibilité de marcher. Au réveil, je la fis marcher en continuant à lui affirmer qu'elle pouvait marcher sans douleur. Elle marcha en effet, grâce à cette confiance que je lui donnai ; et on lisait bien sur sa physionomie le travail d'autosuggestion psychique qui tendait à régénérer la douleur. Au bout de quelques séances, la malade put faire, sans aucune douleur, une demi-heure à pied. Au bout de ce temps-là seulement, la fatigue douloureuse se manifesta. Quinze jours plus tard, la malade paraissait guérie, marchait très bien une demi-heure matin et soir ; mais il était manifeste que l'obsession psychique douloureuse la hantait encore. A chaque visite, elle me demandait au moins dix fois si elle était bien guérie, si la douleur ne reparaitrait pas, si j'étais bien sûre qu'il n'y avait aucune lésion ; on sentait que le cerveau était toujours pris par la peur et l'idée de la douleur. Cette peur ne put être complètement déracinée. Ainsi après avoir été complètement exempte de douleurs pendant une dizaine de jours, la malade revint me dire que hier et aujourd'hui elle n'avait pas pu marcher, ayant eu une douleur atroce. Une nouvelle suggestion ramena rapidement le calme et la suppression de la sensation douloureuse. Après un mois de séjour à Nancy, la malade marchait très bien, sans aucune douleur, comme elle n'avait pas marché depuis une douzaine d'années, mais je doutai de sa guérison définitive, car si j'avais enlevé le phénomène douleur et dissipé ainsi l'impotence fonctionnelle, je n'avais pu détruire la pensée fixe qui tendait à la faire renaître. En effet, quelques semaines après son retour à Paris, elle m'écrivait que malheureusement, après un bien-être de quelques jours, la douleur avait fait sa réapparition. Je ne sais ce qui est arrivé depuis.

Un entraînement psychique prolongé pourrait-il amener la cure complète ? ou bien l'idée était-elle trop fixe, trop enracinée, trop automatisée dans le cerveau pour pouvoir être détruite, je le crains. On voit la différence entre ces deux cas.

Dans le premier, une simple suggestion avait guéri la douleur à tout jamais ; la névrose était pour ainsi dire purement périphérique, ou plutôt, le cerveau avait conservé l'impression de cette douleur qu'il régénérerait facilement, mais ne l'avait pas inscrite, si je puis dire, en caractères indélébiles.

La douleur n'était pas devenue obsession fixe ; la névrose n'était pas devenue psychose. Dans le second cas, le cerveau moins résistant, plus suggestible, avait fait la douleur sienne, la psychose était constituée, probablement incurable. »

Nous ne saurions ajouter autre chose à ces explications péremptoires de notre Maître. La dynamogénie psychique donne à ces observations une physionomie particulière, et reçoit d'elles, sa démonstration, sa valeur indubitables. Nous aurons occasion de revenir sur cette méthode ; nous insisterons sur elle dans le chapitre du traitement.

Un autre fait d'inhibition psychique, c'est l'amaurose. Précédemment, elle nous est déjà apparue dans l'observation XXVIII. Nous allons la retrouver en compagnie d'autres faits d'inhibition portant sur d'autres sens et l'expliquer.

OBSERVATION XXXI

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Amaurose, dischromatopsie, anesthésie hystériques. — Guérison complète par la suggestion.

Léonie B..., 33 ans, sans profession. Entre au service le 23 mars 1896.

Pas d'antécédents nerveux. Pas d'éthylisme chez les ascendants. N'a jamais eu de crises nerveuses.

Historique. — En décembre dernier se serait surmenée et refroidie en soignant un petit garçon malade de la fièvre typhoïde. Aurait eu des accès d'impatience, d'emportement au cours desquels elle serrait violemment les poings. Elle présenta depuis lors du nystagmus. Elle prétend aussi ne pas *voir*. Depuis ce moment, « les yeux, dit-elle, sont dans le brouillard ». Elle ajoute qu'elle *entend* très peu, et cependant elle répond à toutes nos questions articulées à voix moyenne. Enfin, dès qu'elle est debout, elle éprouve des vertiges, des coliques. Est sujette aux céphalées. Digestion bonne. Réglée trois jours toutes les trois semaines.

État actuel. — Constitution primitive bonne. Facies assez coloré, inexpressif. Tête volumineuse, large. Front constamment plissé, sourcils remontés. Nystagmus accentué. Marche avec hésitation et lenteur. Écrit son nom d'une écriture tremblée. Anesthésie de tout le corps au toucher, à la piqure, au froid, à la chaleur. Si l'on pique sa muqueuse nasale avec une épingle, la malade dit ne sentir rien, et

pourtant il se fait un petit mouvement réflexe. Insensibilité de la conjonctive. La piqure de la plante des pieds ne détermine aucune douleur.

M. Bernheim. — Voyez-vous mon doigt ?

La malade. — J'en vois deux...

M. B. — Combien en voyez-vous vraiment ?

La m. — Trois.

M. B. — Qu'est-ce que c'est que ça ? (montrant une clef).

La m. — Un bâton.

M. B. — (Montrant un papier jaune.) De quelle couleur est ceci ?

La m. — Blanc.

M. B. — (Montrant une feuille rouge.) Et ceci ?

La m. — Gris.

M. B. — (Montrant différentes laines.) — La M. répond :

Rouge.	Blanc.
Bleue.	Jaune.
Rouge.	Violette.
Blanche.	Jaune.
Bleue.	Grise.
Verte.	Violette.
Jaune.	Blanche.
Rouge.	Jaune.
Noire.	Noire.
Violette.	Jaune.
Noire.	Rouge.
Noire.	Blanche.

Ne sent pas les odeurs, pas plus que les saveurs. Dit ne pas entendre le tic-tac de la montre, de l'oreille droite, mais elle l'entend de la gauche. Celle-ci étant fermée, la droite restant seule ouverte, la malade dit qu'elle n'entend rien, pourtant elle répond à toutes les questions même faites à voix basse. Puis elle prétend ne pas sentir ses propres mains.

M. Bernheim. — Mettez la main droite sur la main gauche !

La malade ne peut le faire.

M. Bernheim. — (Après lui avoir mis les bras en l'air) : Rapprochez les mains !

La malade. — (Montrant même incapacité) : J'ignore où sont mes mains.

Cependant les mains sont, à un moment, très rapprochées l'une de l'autre, à quelques centimètres ; il semble alors que la malade

veuille éviter de les faire se rencontrer ; elle leur fait exécuter des mouvements de circuit.

M. Bernheim. — Tenez ! (lui fermant les yeux), je les aime, vos mains, je les magnétise et ainsi elles vont être attirées l'une vers l'autre. Impossible de faire autrement. La force magnétique les entraîne.

Sitôt dit, sitôt fait. Les mains de la malade se joignent.

M. Bernheim. — (Lui séparant les mains) : Maintenant elles ne sont plus aimantées.

Les mains de la malade se cherchent sans s'atteindre.

M. B. — Voici que je les aime une seconde fois !

Immédiatement les mains se précipitent pour se réunir et se réunissent.

M. B. — Maintenant nous aimons les yeux.

La malade. — Je ne vois absolument rien.

M. Bernheim (plaçant un plessimètre à gauche de la malade). — Vos yeux sont aimantés ; vous allez voir malgré vous et vous reconnaîtrez bien les couleurs.

Puis M. Bernheim lui parle avec véhémence, la fait asseoir dans son lit, lui persuade que ses yeux voient bien, qu'on enlève les nuages qui les obscurcissent, etc.

M. Bernheim (montrant un papier jaune). — De quelle couleur est ce papier ?

La malade. — Il est blanc.

M. B. (avec force). — Dites la vérité ! je le veux. De quelle couleur est ce papier (montrant une feuille rouge).

La m. — Bleu.

M. B. — Pas du tout. Dites mieux que ça. Vous pouvez.

La m. — Rouge.

M. B. (montrant une laine violette). — Et ceci ! allons, dites, vous devez le dire.

La m. — C'est violet.

La malade énumère ensuite très bien plusieurs clefs qu'on lui présente. Puis M. Bernheim : « Maintenant, vous allez pouvoir lire, vous le pouvez ! » A force d'exhortations, de stimulations verbales très actives, d'une véritable dynamogénie psychique, la malade avoue qu'elle voit clair et lit couramment. Puis on termine la séance par de la suggestion hypnotique. Pendant le sommeil on lui suggère qu'elle verra bien, qu'elle entendra bien, etc. Au réveil, elle dit en effet qu'elle voit ; elle lit bien et vite, n'a plus de nystagmus, sent la piqûre sur la face, le cou, les mains, etc., puis

après insistance déclare entendre enfin le tic-tac de la montre de l'oreille droite. Le goût est à son tour rétabli; la malade différencie nettement le sucre du sel et réagit fortement lorsqu'on lui fait respirer du vinaigre. Nouvelle suggestion hypnotique, pendant laquelle on peut provoquer des hallucinations, mais pas de catalepsie.

Le père de la malade a fourni quelques données complémentaires. « Ma fille est un peu faible d'esprit depuis sa naissance. Elle a toujours été nerveuse, sans avoir de crises. Sa maladie date du mois de décembre dernier où elle s'est beaucoup fatiguée. Elle a commencé à se plaindre de ses yeux, ne reconnaissait plus les personnes, ne pouvait plus faire de couture fine, néanmoins vaquait aux soins du ménage. Ses yeux tremblent depuis décembre. Voici quelques jours que la vue se perd davantage; elle ne travaillait plus dans ces derniers temps. Un jour, elle revint à la maison, nous contant qu'elle s'était heurtée dans un faisceau de perches à houblon, ce qui nous surprit fort, car on remarquait que, *quoique dolente de la vue, elle suivait très bien les petits sentiers dans tous leurs détours* et évitait même les pierres. Vers la mi-décembre, elle s'est alitée; elle a perdu connaissance plusieurs jours durant; ses yeux étaient renversés en arrière, et on n'en voyait que le blanc; en même temps elle serrait les poings si fort que l'on dut entre les paumes de ses mains et ses ongles interposer des planchettes de bois pour empêcher ceux-ci de pénétrer celles-là... »

27 mars. — La malade dit spontanément qu'elle va bien. Plus de nystagmus. La sensibilité, hier encore absente du tronc et des jambes, est redevenue entière et normale. Suggestion.

28 mars. — A pu travailler ce matin. Suggestion.

3 avril. — Léger tremblement des mains. Suggestion.

4 avril. — Le nystagmus n'est plus revenu. La malade travaille bien.

7 avril. — Elle quitte l'hôpital joyeuse, douée de grand appétit et de courage à vivre. Elle marche très bien.

Cette observation vient de nous mettre en présence de troubles divers qualifiés hystériques; amaurose, anosmie, surdité, anesthésie. « Certains états dénommés tels sont purement auto-suggestifs, dit M. le Professeur Bernheim

qui maintes fois a découvert leur nature psychique, et le premier démontré que l'amblyopie hystérique se comporte comme l'amblyopie suggestive, elle est purement psychique. Le sujet ne voit pas avec sa rétine, il voit avec son cerveau. La première reçoit l'impression ; le second par son centre cortical visuel la perçoit. Mais l'image visuelle perçue, l'amaurotique par suggestion et l'hystérie la neutralisent inconsciemment avec leur imagination. Ils voient avec les yeux du corps ; il ne voit pas avec les yeux de l'esprit : l'amaurose n'est qu'une illusion négative. Dans l'amblyopie hystérique et suggestive unilatérale, le prisme placé devant l'œil amaurotique voit. » Notre Maître a de la même manière — à l'aide du prisme, ou à l'aide de l'échelle de Snellen, — établi le psychisme de l'achromatopsie, de la dyschromatopsie hystériques. Nous ne pouvons relater cette explication au complet (1).

Il en est de même pour l'anesthésie. Nous n'admettons pas avec M. Pierre Janet qu'un *rétrécissement du champ de la conscience* soit indispensable pour justifier l'anesthésie qui, de l'avis du même auteur, n'est qu'une « distraction très grande et perpétuelle qui rend les sujets incapables de rattacher certaines sensations à leur personnalité (2). »

L'analogie des anesthésies hystérique et suggérée, d'après les expériences de M. le Professeur Bernheim, est frappante. Nous ne connaissons pas l'action cérébrale *intime* de la suggestion, mais, au cas particulier, que la suggestion vienne d'une sensation externe (suggestion verbale, même thérapeutique), ou d'une sensation interne

(1) Voir in *Revue de l'hypnotisme* année 1893, page 226.

(2) Pierre Janet, *Etat mental des hystériques*.

(auto-suggestion) [1], elle modifie les neurones ou cellules psychiques conscients de l'étage supérieur du cerveau probablement. Nous ne savons pas encore quelles modifications dynamiques, cytologiques l'idée suggérée, ou auto-suggérée détermine, mais nous savons que suggérée ou auto-suggérée, c'est-à-dire dérivée du dehors ou du dedans, elle peut provoquer les mêmes phénomènes d'anesthésie, d'amblyopie, d'amaurose, etc. Analogie de manifestations trop claire pour que l'on ne puisse croire à une identité de cause et de mécanisme. La perception des impressions existe, mais la conscience est modifiée en ce sens qu'elle est comme utilisée. Les centres sensoriels cervicaux perçoivent. Les cellules des lobes antérieurs (?) qui rendent la perception consciente « étant modifiées dans leur modalité, c'est la conscience des sensations perçues qui est neutralisée ou pervertie. Il y a dans ces cellules une anomalie qui les empêche d'accepter, ou les pousse à altérer les sensations perçues. C'est une véritable aliénation mentale limitée aux perceptions de la sensibilité. C'est une illusion négative. » (Bernheim).

Faire de tout cela un simple fait de distraction exagérée, c'est n'expliquer rien. Qu'est-ce donc que la distraction, sinon déjà une suggestion ou une autosuggestion s'exerçant au détriment de telles autres ?

La guérison rapide de Léonie B..., par la suggestion

(1) Car, encore une fois, le sujet qui s'auto-suggestionne n'accomplit pas une action volontaire, non plus qu'il ne manifeste un caprice d'imagination.

Il ne « simule » pas, il ne « triche » pas. Il ne peut se suggérer un phénomène (anesthésie, hémianesthésie, etc.), dont il n'a pas l'idée. Il obéit à une impression.

L'image de cette impression est plus ou moins déformée, diminuée par une conscience modifiée.

thérapeuthique vérifie la nature autosuggestive, dynamique de ces phénomènes curieux qui ont soulevé des interprétations variées. Le trouble dynamique des cellules « conscientes » qui s'opposait à l'affinement de la perception consciente, et, de la sorte, par cette cérébration incomplète, instaurait un état psychique particulier d'autosuggestion succédant à une impression épuisée avant l'interprétation finale, a été amendé, combattu, effacé par la dynamogénie suggestive. Un phénomène dynamique, même d'inhibition est, savons-nous, détrôné par un autre phénomène dynamique.

La suggestion matérialisée (pseudo-aimant) était nécessaire et fut efficace. Une image concrète a revivifié les images latentes, réactivé les perceptions conscientes engourdies, remis en mouvement les rouages de la conscience pour tel ordre de perception.

Voici maintenant un cas connexe.

OBSERVATION XXXII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Nerro-arthritisme. — Dischromatopsie unilatérale. — Diplopie. — Guérison par la suggestion.

Charlotte P..., 39 ans, célibataire, sans profession. Entre au service le 14 janvier 1897.

C'est une névropathe qui depuis 18 ans a des accès douloureux un peu partout; des céphalalgies occipitales, frontales et presque incessantes, des névralgies sus-orbitaires, des bourdonnements à l'oreille droite, des élancements pénibles sous les deux clavicules, dans les épaules.

Elle a des troubles dyspeptiques au moment de ses époques. L'insomnie est habituelle. Aucuns troubles viscéraux.

Elle porte un facies mélancolique, exprimant un certain repliement sur soi-même. Elle a toujours été impressionnable. A différentes reprises, elle eut des atteintes rhumatismales, avec gonflement des articulations. Les bruits du cœur sont nets.

Elle se plaint de ses douleurs *crâniennes* (*sic*). La pression de l'occiput détermine de l'hypéresthésie.

Le ventre est souple, très sensible et sa pression provoque des soubresauts, des secousses de tout le corps. Elle aurait fréquemment de la constriction à l'épigastre avec sensation de boule.

Son père est rhumatisant et atteint de paralysie agitante ; sa mère n'est pas nerveuse. Elle-même n'a jamais eu de chagrin ni d'émotions notables. Sa douleur à la nuque l'empêche de vaquer à toute occupation depuis deux ans.

On remarque, le lendemain de son arrivée, que de l'œil droit, la malade distingue très mal les objets. Elle reconnaît le blanc, le rouge, le noir, mais elle prend le vert pour le bleu, le bleu pour le gris.

Il existe en même temps de la diplopie, elle voit 4 doigts au lieu de 3, et 5 au lieu de 4. Enfin l'œil gauche étant fermé, il lui est impossible de lire.

Elle accuse également de la surdité ; à gauche elle entend un peu le tic-tac de la montre ; à droite, elle n'entend rien. L'analgésie à la piqure existe des deux côtés du corps. L'olfaction et la gustation sont intactes. M. le Professeur Bernheim endort cette malade assez difficilement. Pendant le sommeil provoqué, il lui suggère qu'elle entendra bien le tic-tac de la montre à droite ; elle dit l'entendre en effet ; de même en lui ouvrant l'œil droit pendant l'hypnose, elle reconnaît le vert et le bleu. Mais au réveil elle n'entend plus de nouveau, la dischromatopsie existe. M. le Professeur Bernheim essaye le pseudo-aimant comme dans l'observation précédente ; pas de résultat. Alors il la brusque, la gourmande violemment. « Quelle est cette couleur ? dit-il fortement en lui présentant du papier vert. — C'est blanc. — Non, vous mentez, vous pouvez le dire pourtant, allons, allons, mieux que ça ! — C'est gris. — Non, non, ça n'est pas ça ! Dites, puisque vous le pouvez ! — C'est vert. » — Et de même pour le bleu, de même pour la surdité factice droite, de même pour la diplopie.

Les douleurs névrasthéniques s'apaisèrent par des suggestions répétées, des persuasions patientes. La douleur à la nuque subsista moins forte.

Le 2 février, la malade, remerciant de tout son cœur M. le Professeur Bernheim, sortit de l'hôpital.

Une fois de plus l'action bienfaisante de la suggestion active nous est ainsi démontrée. Si l'on s'était contenté

d'endormir la malade, de lui dire doucement « vous voyez, vous allez voir », l'effet aurait été nul. Une dynamogénie puissante était d'urgence ; il fallait, de haute nécessité, commander aux impressions de la malade, bouleverser celles où elle se complaisait, réveiller le dynamisme nerveux des cellules conscientes.

Le cas suivant que nous devons à l'extrême obligeance de M. le Professeur agrégé Parisot se rapproche des précédents par une symptomatologie analogue, mais graduellement développée.

OBSERVATION XXXIII

Contracture. — Diplopie. — Troubles de l'écriture et de la marche. — Guérison totale par la suggestion.

« M^{lle} X..., âgée de 10 ans, très nerveuse. Mère et grand'mère également très nerveuses.

Cette enfant, très intelligente, précoce même, est une fille unique que ses parents ont, à vrai dire, surchauffée pour ses études. Les grands parents l'ont entourée de soins ; autour d'elle on se préoccupe jusqu'à la minutie de sa chère petite santé. Tous ces détails ont leur importance.

Un jour, dit M. le professeur agrégé Parisot, je suis appelé en hâte. La famille est désolée. La petite fille a fait une chute, elle ne peut plus fléchir la jambe sur la cuisse et se plaint d'une vive douleur au niveau du genou. Un examen attentif ne me révèle aucune fracture, ni aucune lésion organique. Il n'y a ni gonflement, ni rougeur, etc., aucun signe.

Alors, je dis : « Mon enfant, je vais remettre la jambe en place, ça n'est rien. » Je fais quelques frictions loco dolenti, puis j'ajoute : « Maintenant, levez-vous, vous pouvez marcher. » L'enfant se lève et marche. J'ai eu le tort ensuite de prévenir la mère que c'était là un trouble *hystérique*. Ce simple mot a un effet désastreux et soulève des tempêtes d'indignation.

A quelque temps de là, cette enfant, bien portante, prétend soudain qu'elle voit double. Je suis appelé à lui donner mes soins. Je constate d'abord qu'elle est exempte de strabisme. A toutes mes questions,

elle répond : « Je vois ceci ou cela double. » J'essaye alors de piquer son amour-propre : « Vous savez mal lire, lui dis-je, on me l'a du moins raconté dernièrement. » Elle prend un livre et lit. Je continue. « Oh ! comme vous lisez lentement pour une jeune fille de votre âge. » Elle se met à lire sur le champ très rapidement. Tous les objets que je lui présentai ensuite, elle les vit doubles. Je pensai me trouver en présence d'une diplopie auto-suggérée, inconsciente, sans simulation, car l'enfant n'a jamais été paresseuse (elle est au contraire une excellente élève en classe), ni fourbe (elle est très bonne pour ses parents et ne cherche jamais à les tromper). Néanmoins j'adressai la malade à mon collègue, M. le professeur agrégé Rohmer qui ne trouva rien d'anormal dans sa vision.

La famille fut alors rassurée. Cette diplopie disparut, un jour, spontanément.

Quelque temps après, l'enfant éprouva des contrariétés à l'école. Et subitement elle dit ne plus pouvoir écrire. Son écriture, à la grande surprise des parents, ressemblait à celle d'un enfant en bas-âge. Cependant les spécimens en variaient chaque jour, sans offrir de caractère particulier à telle affection nerveuse catégorique. Je la comparais à l'écriture qu'elle avait aux premières époques où elle allait à l'école. Les deux écritures avaient bien des traits de ressemblance. J'estimai que c'était encore là une manifestation hystérique au même titre que la diplopie et que la contracture douloureuse. Je fis alors, sans prévenir l'enfant qui, très intelligente, avait d'une vague connaissance de l'hypnotisme conçu quelque appréhension, de la suggestion à l'état de veille, par la persuasion répétée. Je dis : « Ne vous découragez pas ; avec de l'exercice, l'écriture reviendra ferme peu à peu. » Au bout de quelques jours, effectivement, elle paraissait normale.

Un peu plus tard, la même enfant se plaint brusquement de douleur dans la région carpienne du pied gauche et se met à boiter. J'examine minutieusement, fais jouer les articulations, ne trouve aucune lésion organique. Par excès de précautions — importantes vis-à-vis de la famille — j'envoyai l'enfant à M. le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté, qui confirma l'absence de toute lésion. Cependant la claudication persistait. Je déclarai à la malade que j'allais l'électriser, affirmant que ce moyen la guérirait et la ferait marcher normalement. En effet, après chaque séance d'électrisation suggestive, pendant quelques instants, la malade marchait très bien dans mon cabinet. Sitôt dans la rue, la claudication recommençait. J'essayai la suggestion à l'état de veille ; je pris la jeune fille par

l'amour-propre, la coquetterie, etc., rien n'y fit. Je suppose — peut-être avec raison — que le milieu de sa famille exerçait sur elle un effet négatif qui allait contre toutes mes tentatives. J'avais plusieurs fois remarqué que la mère, malgré moi, disait devant sa fille, « il doit y avoir quelque chose de sérieux », se refusant ainsi à croire à une manifestation purement dynamique et incarnant dans l'esprit de son enfant l'idée qu'elle était *matériellement*, si je puis dire ainsi, malade.

C'est alors que je priai M. le professeur Bernheim de vouloir bien traiter cet enfant. »

Nous laissons la parole à notre Maître qui eut l'ama-bilité de nous transcrire ce qui suit :

« Quand on m'amena l'enfant, elle ne pouvait plus écrire ; sa main, quand elle voulait le faire, était agitée de manœuvres désordonnées, et traçait des caractères informes ; elle avait, de plus, une vive douleur dans le pied gauche et marchait péniblement en boitant fort, n'osant appuyer le pied sur le sol.

Je lui affirmai que cela n'était rien, purement nerveux, et que j'allais la guérir immédiatement. Je la fis asseoir sur un fauteuil, et, lui appliquant la main sur le front, lui dis : « Dormez, mon enfant, si vous pouvez ; car vous savez que je puis vous guérir par suggestion en agissant sur les nerfs. » Elle fut un instant impressionnée, ses yeux se fermèrent, mais, se resaisissant bientôt, elle les rouvrit, en riant. Je lui tins les paupières closes en lui disant : « Dormez ou ne dormez pas, cela m'est égal. Vous allez sentir une chaleur dans la main et dans le pied ; la douleur disparaît, la force nerveuse augmente dans les deux membres. » En même temps par des frictions exercées sur les deux régions, je cherchai à matérialiser la suggestion, à faire entrer dans son cerveau l'idée qu'elle pouvait écrire et marcher. Je portai sa main en avant et lui fis faire le geste d'écrire en lui disant « à votre réveil vous écrirez très bien sans trembler, etc ». Cependant les paupières restaient closes, la main restait un peu en l'air ; bien qu'il n'y eût pas sensation parfaite du sommeil, l'impression était produite ; l'esprit restait fixé sur celles que je déterminai. (2^e degré, catalepsie suggestive légère).

Au bout de dix minutes, je la réveillai en disant : « Vous allez vous réveiller et marcher de suite sans aucune douleur ».

Aussitôt ses yeux ouverts, sans lui donner le temps de la réflexion, je la fis lever et marcher en disant « Eh bien ! vous voyez que vous

marchez bien, vous n'avez plus de douleur. Je vous l'avais bien dit ! » On voyait que les premiers pas tendaient à ramener l'auto-suggestion douloureuse qui serait facilement revenue si je n'avais pas continué à l'état de veille la suggestion, en riant, avec un calme et une apparence de confiance parfaite, beaucoup plus suggestive qu'un ordre impératif contre lequel l'instinct du sujet souvent se révolte. Aussi continua-t-elle à marcher sans douleurs, ne boitant presque plus.

Je procédai de même pour la faire écrire. Je la fis asseoir à ma table, je lui mis une plume en main et je dis à sa mère : Voyez-vous, elle écrit bien maintenant. « En effet son écriture était parfaite. Une seconde séance, le lendemain, activa et consolida la guérison qui (il y a 8 mois) ne s'est pas démentie depuis. Je la vis encore 2 ou 3 fois et je cherchai par la suggestion à lui donner confiance en elle-même, etc., et lui dis qu'aucune émotion nerveuse, aucune frayeur n'auraient plus d'action sur elle, qu'elle resterait toujours maîtresse d'elle-même et ne sera plus l'esclave de ses impressions. »

L'histoire de cette jeune malade a une valeur instructive, quant à l'évolution des symptômes et à la méthode de traitement. Pour ce motif elle complétait dignement les deux observations qui la précédaient.

Nous verrons maintenant un autre exemple, intéressant à un haut degré, d'illusion négative, d'auto-suggestion, d'inhibition psychique, d'*hystérie de culture*, cette fois, comme l'a désigné M. le Professeur Bernheim, sous couleur de crises de *léthargie* et d'*états de conscience seconde* alternatifs, ainsi qu'on le va voir.

OBSERVATION XXXIV

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM)

Crises de suffocation à la suite d'une émotion. — Plus tard, accès de sommeil hystérique avec états de conscience seconde.

M^{lle} X... entre le 17 mars 1896 au service. Elle est âgée de 18 ans.

Sept ans auparavant, une frayeur assez vive (un homme la poursuivait) aurait déterminé chez elle de la suffocation et des palpitations qui, bien que cette jeune fille n'eût aucun antécédent nerveux héréditaire,

ditaire, récidivèrent dans la suite par accès, sous l'influence de la moindre excitation nerveuse. Au bout de trois années la diathèse nerveuse se manifesta d'autre façon. Les crises d'étouffement cessèrent soudain, ou mieux perdirent leur physionomie primitive : elles s'accompagnèrent de pertes de connaissance, de résolution musculaire, d'une anesthésie généralisée, d'occlusion des paupières, en un mot d'un état de mort apparente, connu sous le nom de *léthargie* ou *sommeil hystérique*.

A l'époque où nous vîmes la malade elle avait ses accès de léthargie tous les 8 ou 10 jours, sans cause visible. Une habitude autosuggestive s'était établie. Cette jeune fille ne présentait de troubles d'aucun autre organe ni appareil, sauf qu'elle était victime d'un ensemble de symptômes d'un genre voisin. Avant de venir à la clinique de M. le Professeur Bernheim, elle avait passé quelques mois dans un établissement d'hydrothérapie où l'impression des douches se traduisit chez elle par des douleurs à l'abdomen et de la rétention d'urine. M. le Professeur Pitres, de Bordeaux, combattit par la suggestion cette rétention d'urine, mais ne parvint pas à faire uriner seule la malade qui dut apprendre à se sonder. M. Pitres ne l'amena jamais non plus à un profond degré d'hypnose ; cependant par une diversion violente, analogue à l'impression visuelle intense (lumière électrique, bocal phosphorescents, etc.) qui provoquait, paraît-il, ces accès léthargiques, il réussit, en faisant fixer à la malade un objet brillant, en lui comprimant les oreilles et la racine du nez, — pour soustraire le sensorium aux excitations auditives et osmatiques et concentrer encore davantage l'attention sur la sensation lumineuse — à la tirer de ces mêmes états de léthargie, mais partiellement. Car il ne la ramenait pas aussitôt à l'état psychique normal. La malade tombait auparavant dans un état de conscience particulier, dit « de conscience seconde », que la même fixation d'un objet brillant, imposée de force à la vision, la même diversion mentale arrivaient à détruire. Dotée de ces deux modalités psycho-dynamiques, M^{lle} X... est venue au service de M. le Professeur Bernheim.

Elle était une personne très intelligente, instruite, d'excellente éducation, à goûts artistiques, bonne musicienne. Elle est restée à l'hôpital jusqu'à la fin de juillet. Nous avons eu tout loisir d'être spectateur et juge des symptômes curieux qu'elle a offerts, surtout au début de son séjour, car petit à petit tout s'atténua. Une grippe, avec pyrexie et épisaxis survint qui parut modérer son nervosisme ; et la malade sortit du service avec l'apparence d'une guérison de toutes ses crises.

Les accès de « conscience seconde » précédaient le plus souvent ceux de léthargie, quoique d'autres fois, ils pussent leur succéder, ou même, comme ceux-ci, se produire isolément. De cause évidente, il n'en était point. La malade tombait en crises spontanément. Elle s'habillait tout à coup d'une autre personnalité : douce, convenable, modeste, d'une exubérance méridionale bridée par la bonne éducation, à réparties vives et spirituelles, telle elle était à l'état normal, en *condition première*. Elle devenait, en *condition seconde*, irritable, agitée, hargneuse, ne pouvait rester en place, allait et venait les paupières mi-baissées, la tête en arrière, se dandinait, les mains crânement engoncées dans les poches de son tablier, lançait des propos agressifs, faisait des grimaces railleuses, provoquait l'entourage, tournant les uns en ridicule par des imitations dérisoires, travestissant les travers des autres dans des invectives malicieuses et hardies. La suggestion hypnotique, non plus que toute autre, n'avait prise sur elle, en cet état. On se heurtait à une habitude auto-suggérée dont la diversion par fixation d'un objet brillant pouvait seule effacer la manifestation momentanée, la transformer. Cette manœuvre en effet avait pour résultat de faire passer la malade de l'état de condition seconde à l'état léthargique. On plaçait devant ses regards soit un couteau, soit une cuiller, en maintenant à plusieurs la malade qui se refusait et se débattait bruyamment. Soudain alors elle s'abandonnait, les paupières tombantes et entrait en résolution complète. On pouvait la piquer, la pincer ; l'insensibilité était générale. Les membres soulevés retombaient inertes. On portait alors cette malade dans son lit. Cet accès de léthargie avait une durée variable et se terminait le plus souvent sans qu'on intervint. D'autres fois il était remplacé presque aussitôt par l'état de conscience seconde qui se reformait. La malade n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé lorsqu'elle avait son autre personnalité ; au contraire il n'y avait pas d'amnésie pour la phase léthargique.

Durant les deux premiers mois ces crises se renouvelèrent une ou deux fois, même trois par semaine. M. le Professeur Bernheim usa d'abord du procédé qui avait été inauguré à Bordeaux par M. le Professeur Pitres, puis ayant élucidé le mécanisme, sentant toute suggestion impuissante, il laissa la malade à elle-même, la traita avec douceur, mais ne prêta volontairement qu'une attention relative à ses manifestations hystériques. Peu à peu s'espacèrent les accès. La condition seconde eut lieu plusieurs fois isolément. La durée fut moindre.

En résumé nous nous trouvons en face de deux sortes de crises : les unes de léthargie, les autres de conscience nouvelle. Dans le temps les premières ont devancé les secondes. Peut-être en seraient-elles même les signes avant-coureurs, d'après une lettre, reçue le 5 décembre 1896, où la mère de la malade expose qu'après une période calme (juillet-décembre), sa fille à la suite d'une frayeur encore éprouva ses douleurs abdominales, et, trois jours plus tard, une crise de léthargie à deux reprises coup sur coup.

Sous une impression forte, la diathèse nerveuse réalise d'abord des accès de suffocation, des palpitations; c'est là, semble-t-il, un premier degré d'interprétation émotive; à un autre degré ce sont des douleurs à l'abdomen, de la paralysie dynamique du sphincter vésical; à un degré supérieur c'est le sommeil hystérique, la léthargie, c'est-à-dire, pour nous un fait d'illusion négative plus accentué que la simple anesthésie hystérique. Le syndrome léthargie comporte d'abord, n'est-il pas vrai, une anesthésie totale, et, qui plus est, de la résolution musculaire, de l'occlusion des paupières, en somme une abstraction apparemment complète du monde extérieur. Ainsi que tout phénomène nerveux dynamique, il repose sur l'auto-suggestion; le sujet est victime d'impressions — actuelles ou remémorées — dont l'assimilation consciente est altérée — comme nous l'avons vu dans l'observation précédente. L'élément nerveux dynamique agit bientôt d'une façon constante. L'habitude auto-suggestive se forme; et il n'est plus de raison *apparente* pour que l'individu en léthargie — après quelque durée — puisse être distrait de sa concentration intérieure, tiré de son auto-suggestion permanente, réveillé de son

sommeil continu. C'est le fait des dormeurs légendaires autour de qui les journaux mènent grand bruit de temps en temps. La circulation, la respiration, etc., sont conservées ; la nutrition est amoindrie, à cause de la non-dépense de forces et de l'absence du besoin psychique de se nourrir ; d'ailleurs l'insensibilité générale entraîne l'inertie par défaut d'impressionnabilité, de réaction.

Notre malade n'était pas à ce point d'être une dormeuse endurcie. Elle sortait de sa léthargie au bout de quelques heures. (Une fois de plus, comme on voit, il faut tenir compte de l'individualité psychique). Cette léthargie, d'allure idiopathique, est identique à ce qu'on peut causer chez les hypnotisés par suggestion. Peu de sujets, il est vrai, y atteignent. C'est affaire de suggestibilité. « L'obéissance automatique, l'anesthésie, les illusions sensorielles et enfin les hallucinations provoquées marquent les étapes progressives du développement de cette suggestibilité, dont le point culminant est constitué par le somnambulisme actif et par la vie somnambulique (1). Quant à la léthargie, c'est-à-dire l'inertie complète, l'organisme réduit à la vie végétative, elle est excessivement rare, et, si l'on prend à la lettre — le mot qui la désigne, elle est irréelle, au moins chez les hypnotisés qui, quelque inertes qu'ils paraissent, sont en relation par quelque sens avec le monde extérieur. La suggestion vocale a toujours suffi à les réveiller. » Chez notre jeune fille cette suggestion était sans action. Après quelques essais, on prit le parti de la laisser seule se réveiller. Cet insuccès de la suggestion au cas particulier doit-il faire différencier le sommeil suggéré du sommeil hystérique, l'hypnose

(1) Bernheim. — *De la suggestion* (1887).

avec anesthésie et résolution musculaire de la léthargie d'apparence spontanée ? Ou doit-il faire admettre l'existence d'un état de contre-suggestion, la malade d'ailleurs paraissant très portée instinctivement à des manifestations contre-suggestives par son caractère indépendant ? Nous croyons plus volontiers à la véracité de cette hypothèse. Les crises de léthargie se dénouant spontanément chez notre malade, on peut penser que la vie végétative n'était pas absolue, que l'inertie n'était pas totale, qu'il n'y avait là qu'une illusion négative, une modalité des cellules conscientes, une perturbation aiguë psycho-dynamique, actionnée par des images anciennes ou présentes, des impressions renouvelées ou actuelles, mal analysées. Les rapports avec le monde extérieur n'étaient qu'illusoirement rompus.

Quant à ce qui ramène les états de conscience différents, nous ne le savons pas. « Ce sont des successions psychiques inconnues physiologiquement et psychologiquement » (Bernheim). « Les variations de la personnalité sont plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement. Ce qu'on a pu faire jusqu'ici, c'est d'*automatiser* ces états de conscience ; l'état de condition seconde produit à Bordeaux par la fixation d'un objet brillant, c'est une série d'habitudes prises, une hystérie systématisée, une *hystérie de culture*. » (Ibid., conférence clinique du 27 mars 1896). Il est inutile d'invoquer, comme le fait M. Pierre Janet, la *désagrégation mentale*, pour justifier la naissance de ces phases de la conscience. La suggestibilité, très développée chez les hystériques, rend compréhensible la formation rapide d'habitudes suggérées ou auto-suggérées ; leur faculté idéo-motrice, très grande, explique la promptitude qu'ils mettent à traduire extérieurement de ces

habitudes. Néanmoins, au cas présent, cette résistance à toute suggestion, quoique la malade fût très suggestible, sans avoir l'aspect de l'être, ces récidives de crises, laisseraient supposer que peut-être il y a, dans ces faits, autre chose que du dynamisme pur. N'y avait-il qu'une habitude invétérée, ou s'agissait-il d'une affection cérébrale organique déterminant ces habitudes dans telles ou telles circonstances psychologiques? Il est difficile de l'établir. Notre devoir était de poser ces réflexions. De toute façon, retenons comme un fait indéniable et curieux cette discipline mentale, créée à Bordeaux, et ce passage en habitude d'essais de simple diversion psychique, de contre-autosuggestion.

Tout point de l'organisme a dans le cerveau son point correspondant, avec lequel il est en relation par les conducteurs nerveux. Le cerveau qui reçoit les impressions venues des viscères et de la périphérie enregistre les suggestions émises par les idées qu'ont suscitées ces impressions. Ces suggestions peuvent réaliser des phénomènes moteurs ou sensitifs. L'élément nerveux dynamique, qui agit par auto-suggestion, réalise aussi des troubles moteurs et sensitivo-sensoriels. Nous venons de le voir. Nous passerons maintenant en revue les troubles psychiques qui dépendent de cet élément dynamique. Les trois observations que nous venons de décrire ont préparé cette étude.

Ces troubles psychiques ne se manifestent pas isolément. Ils sont souvent accompagnés de troubles moteurs ou sensitifs, dont le rôle est, dans ce cas, secondaire, l'importance moindre. La cause initiale est encore une impression, mais cette impression a été mal gravée;

l'empreinte de la cause purement originelle peut s'être effacée ; il subsiste des souvenirs qui gravitent autour de cette impression première dont la perception consciente s'est perdue, et qui seuls sont promoteurs de troubles psycho-dynamiques.

OBSERVATION XXXV

(Personnelle.)

Idées de suicide. — Crises hystériformes concomitantes. — Guérison par la suggestion.

Le 13 août 1896, nous rencontrons M^{lle} Clémence I..., âgée de 20 ans. Elle a éprouvé de vives contrariétés intimes, et depuis quelques mois est en proie à d'incessantes idées de suicide dont elle voudrait être libérée. Elle est tombée plusieurs fois spontanément. Elle a perdu connaissance cinq fois. Ces chutes s'accompagnèrent d'agitation convulsive des membres. Ces troubles se produisaient sous l'influence d'impressions objectives, visuelles désagréables, ou d'obsessions psychiques.

Etat actuel. — Aucun trouble d'appareils ni d'organes. Sommeil habituel assez calme. Digestion, appétit bons. Bruits du cœur nets. Bien réglée.

Traitement psychothérapique. — Suggestion hypnotique. La malade comme sa sœur (1) est cataleptisable. Amnésie au réveil. Se sent beaucoup mieux.

14 août. — Suggestion.

17 août. — Se plaint de douleurs d'estomac. Anorexie. Ni régurgitations, ni pyrosis, ni vomissements. N'a plus de crises de nerfs ; mais se sent très énervée. Suggestion hypnotique. Cataleptisable, sans amnésie. On prescrit à titre de médication suggestive deux gouttes d'éther valériané à prendre au moment des douleurs.

21 août. — N'a plus eu de douleurs d'estomac. L'éther valériané *les lui ôtant instantanément*. Appétit excellent. Se sent bien. A pu voir hier un malade à l'hôpital sans ressentir d'émotion ni avoir de crise ensuite « ce que, dit-elle, je n'aurais pu faire autrefois ». Se trouve — comme on le lui avait suggéré — plus ferme, plus confiante en

(1) Voir observation LXXII.

soi. Suggestion hypnotique. Cataleptisable avec amnésie au réveil. Depuis deux jours n'a plus ses idées tristes. S'estime guérie de son mauvais dessein de se tuer, guérie de ses crises, et s'en va joyeuse.

Ainsi cause morale (chagrins) motivant chez une personne nerveuse, d'une complexion psychique favorable, des idées de suicide avec cortège de symptômes douloureux (gastralgie) ou d'agitation (crises).

C'était là une auto-suggestion faible que nous avons pu étouffer presque à sa naissance. La suggestion a enlevé les idées mélancoliques, et les manifestations hystériformes simultanées.

OBSERVATION XXXVI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERNHEIM.)

Nécrose psychique avec crises hystériformes. — Guérison par la suggestion.

Madame D..., âgée de 37 ans, vient consulter M. le Professeur Bernheim le 14 janvier 1894.

Un père irritable, de nature emportée. Mariée.

Historique. — Aurait eu, il y a 20 ans, quelques crises nerveuses, après ses couches, à cause de contrariétés répétées venues de son mari. Quatre ans plus tard, une péritonite la retint trois mois alitée. Les crises nerveuses, dès ce moment, redoublèrent, marquées, surtout par une volubilité et une agitation excessives. Bromure. Il y a 7 mois, se trouvant un jour en société, fut prise soudain d'une douleur constrictive au cœur, suivie de syncope. Puis de petites surexcitations, de petites crises avec oppression et angoisse légère survinrent, puis huit jours après, nouvelle douleur constrictive au cœur, moins forte, plus brève que la première fois. Cette [douleur n'a jamais plus reparu.

Cette dame vient actuellement consulter pour ce qu'elle appelle « ses petites crises », dont la première aurait eu lieu dans les premiers jours qui suivirent son mariage (elle avait alors 17 ans), à la suite d'une contrariété provoquée par l'indifférence et la froideur que montrait son mari à répondre à ses manifestations spontanées et juvéniles de tendresse. Ces crises consistent en ceci : d'abord un

tremblement des mains arythmique, puis soubresaut général de tout le corps, puis oppression thoracique, suffocation (boule qui remonte de l'épigastre à la gorge), aigreurs dans le pharynx, et picotement dans la région mamelonnaire gauche. La malade pousse alors quelques petits cris, soupire largement et après quelques secousses brusques des membres supérieurs, elle entre dans une période d'affaïssement, de fatigue, qui se prolonge toute la journée. Les petites crises font irruption sans moment fixé, quelquefois après les repas, d'autres fois vers le soir.

Etat actuel. — Constitution moyenne. Tempérament nerveux. Bien réglée. Deux enfants vigoureux. Appétit excellent. Digestion bonne. Selles régulières. Ne tousse ni ne crache. Bruits du cœur nets. Pouls assez ample, régulier, égal. Quelques palpitations.

Irritabilité presque constante. Impressionnabilité grande. Cauchemars nocturnes, sans hallucinations ni visions. Facies préoccupé. Elle dit que « son esprit n'est jamais tranquille, qu'elle cause toujours intérieurement ». Une certaine mélancolie. L'idée de mort ne l'effraye pas, mais, ayant des sentiments religieux, elle dit qu'elle « ne se détruirait pas volontairement ». Intelligence nette. Mémoire bonne, malgré une légère négligence dans le classement des souvenirs.

D'une nature expansive, affectueuse, elle déclare « souffrir de l'indifférence de son mari », qu'elle rend « responsable de son propre état maladif actuel » et qu'elle préférerait violent et tyrannique. Elle présente des alternatives d'emportement, d'exaltation et d'abattement, de dégoût de vivre, avec, dans l'intervalle de ces crises, une résignation volontaire. Le divorce est contraire à ses convictions « sociales et religieuses » ; aussi puisqu'elle a, dit-elle, choisi son sort, elle l'accepte.

Traitement. — M. le Professeur Bernheim traite cette dame par la suggestion hypnotique. Nous avons assisté à la quatrième séance : sommeil profond sans qu'on puisse produire de catalepsie, mais avec amnésie au réveil. Pendant le sommeil, suggestion lui a été faite de ne plus avoir de crise, de ne plus être aussi affectée de la froideur de son époux, etc. Les crises auraient déjà diminué et de fréquence et d'intensité ; l'oppression serait beaucoup moindre.

Actuellement (14 janvier), nous l'endormons nous-même très facilement, et pendant le sommeil répétons les suggestions précédentes.

18 janvier. — A acquis du calme. Ni tremblements ni oppression maintenant. Suggestion hypnotique. Sommeil au 1^{er} degré.

23 janvier. — A été reprise, ces jours derniers, de tremblements et vacille sur ses jambes. Suggestion hypnotique. Pendant l'hypnose, on lui affirme qu'elle est plus forte, plus solide au moral et au physique. Elle s'en va rassurée, raffermie.

30 janvier. — Suggestion hypnotique. Elle est prise, durant le sommeil provoqué, de tremblements, d'agitation sans rythme des mains, de la tête. La respiration se précipite, courte. L'ordre est rétabli par simple commandement impératif. On suggère à la malade que dans trois semaines elle sera complètement guérie.

6 février. — Suggestion hypnotique. Au cours de l'hypnose, on répète les suggestions antérieures et arrête un toussottement nerveux par injonction impérieuse. Au réveil, la malade se sent plus ferme.

20 février. — Durant les quinze derniers jours, elle a été reprise une seule fois de sa crise avec angoisse, étouffement, tremblement, agitation, à la vue d'une personne qui jadis lui avait causé du chagrin. Elle se plaint de ressentir parfois, après diner et le matin, des aigreurs et des picotements dans la gorge. Suggestion hypnotique. On répète les suggestions habituelles, les recommandations déjà usitées, mais avec plus d'énergique insistance encore. Elle se trouve mieux au réveil.

La malade, qui venait à Nancy spécialement, nous promet de revenir si les crises se reproduisaient. Elle n'est plus revenue.

En style vulgaire, cette malade s'analysait trop soi-même évidemment. Nerveuse de qualité, une impatience dégénère chez elle en convulsions, une irritation laryngée minime devient une toux spasmodique, presque un tic. Sur la plus puérile tracasserie de ménage, sa sensibilité fonde une manière d'être hystériforme. L'humeur trop pondérée d'un mari fait entrer en campagne l'imagination de cette dame ; cette imagination exerce ses ravages.

C'est là un cas d'hystérie morale, de peu de gravité certes, atténuée si l'on veut. Le dynamisme psychique enfante des idées chimériques ; quelques troubles moteurs font cortège à ces idées.

Dans les sentiments affectifs, nous possédons un autre spécimen de troubles. Il s'agit d'un cas d'hystérie infantile, caractérisé par des crises de jalousie. La jalousie est un sentiment réflexe, dont le contrôle du raisonnement seul réfrène l'expression. Chez les animaux, les chiens, par exemple, on la rencontre facilement. La jalousie trahirait donc une basse intelligence, un cerveau prodigue en idées impulsives, automatiques. L'expérience nous l'indique.

La fillette qui fait l'objet de notre observation était précisément d'un esprit médiocre.

OBSERVATION XXXVII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé HAUSHALTER.)

Accès de jalousie. — Hystérie morale.

Claire M..., âgée de 5 ans.

Père tuberculeux. A toujours été bien portante.

Depuis un an, elle a perdu l'appétit, elle a maigri. Elle se plaignait de céphalalgies intenses, ne jouait plus, était tombée dans une grande tristesse. Il y a 15 jours, ces symptômes se sont accentués. La fillette était assoupie, accusait des maux de tête très violents et eut plusieurs fois des vomissements.

A son entrée au service, on pense qu'il s'agit là d'une méningite tuberculeuse au début. Cependant, après quelques jours d'observations, on constate que l'état général demeure assez satisfaisant, bon même, qu'il n'y a pas de fièvre. Mais on remarque que l'enfant ne veut pas être assise, jouer avec les autres petites malades; il est impossible de la faire manger au réfectoire, à la table commune. Lorsque la sœur s'occupe d'une de ses voisines, elle pleure, va se cacher dans un coin et reste triste, larmoyante. Cela semble la froisser de voir *qu'on s'occupe des autres*. On dut alors lui donner à manger à part, lui réserver des soins particuliers. La sœur l'emmenait constamment avec elle. Aussitôt elle est redevenue gaie, a mangé de grand appétit.

Cette jalousie était marquée à un tel point que M. le Professeur agrégé Haushalter auscultant, un jour, une autre petite fille, Claire M... s'élança brusquement et lui sauta au cou, voulant sans doute l'arracher aux soins qu'il donnait à cette autre.

Au bout d'un certain temps, grâce à l'isolement, aux témoignages spéciaux d'attention qu'on lui donnait, l'enfant reprit un état normal. Le traitement moral eut plein succès.

Alors on interrogea la mère. Et l'on apprit que la santé, l'état général et le caractère de l'enfant s'étaient altérés depuis un an, depuis la naissance d'un petit frère.

L'image des soins affectueux que ses parents manifestèrent à un frère nouveau-né, heurta les sentiments affectifs de cette fillette. Par réflexe, il y eut un sentiment de jalousie qui, par habitude auto-suggestive, s'étendit rapidement à toute autre image troublant ces sentiments affectifs. Chez un enfant de cet âge, la raison n'est pas encore assez puissante pour faire obstacle aux modes d'exprimer les impressions reçues. Et la médiocrité intellectuelle ne remédiait point à ce défaut de contrôle. Bien au contraire.

Le traitement moral a réussi parce qu'il fut fait d'actes simples et naturels. La présence des autres enfants, la vue des soins qu'on lui donnait troublaient la susceptibilité native et très éveillée déjà de notre petite malade. On a éloigné cette présence et cette vue. L'isolement et l'affection personnelle ont alors agi à juste titre.

A la suite de ces faits intéressants, nous verrons un cas de névrose psychique avec état de névrasthénie très frappant ; dépression intellectuelle, troubles de la parole, incoordination des idées, tous symptômes donnant à la malade qui en était porteuse, l'apparence d'une aliénée, au prime abord. Nous regrettons que cette malade n'ait pas fait un séjour plus long à l'hôpital ; et malgré nos

recherches, nous n'avons pu la retrouver, ni la suivre. Néanmoins nous avons pu relever ce qui vient :

OBSERVATION XXXVIII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Névrasthénie psychique. — Troubles de la parole.

Marie H. . . , âgée de 23 ans, domestique originaire du Luxembourg. Entrée le 13 décembre 1893 au service.

Parents bien portants. Sœur très nerveuse, avec crises convulsives. Pas de maladie antérieure. Pas de syphilis.

Historique. — Il y a quatre semaines, un mois après l'effroi causé par la mort subite du maître de la maison où elle servait, elle ressentit des douleurs dans la tête, presque subitement. Cette douleur ne la quitte plus et augmente en intensité pendant la nuit. En même temps, la malade eut de la difficulté de parler (dysphasie); les mots ne venaient que péniblement et la langue s'embarbouillait. Puis elle eut des douleurs gastriques; les digestions furent lentes, avec du pyrosis. Insomnie. De la lassitude dans tous les membres, de la maladresse à se servir de ses mains, de la pesanteur dans les jambes. Des contrariétés et un service fatigant augmentèrent ces différents troubles. Elle vit des médecins qui prescrivirent des analgésiques, des vins toniques et des enveloppements froids. Elle entre actuellement à l'hôpital pour sa céphalalgie et sa dysphasie.

État actuel. — Constitution moyenne. Tempérament lymphatico-nerveux. Muqueuses décolorées. Facies déprimé. Apyrexie.

Intelligence nette. Répond assez bien aux questions. Mémoire difficile et parfois infidèle. Caractère aigri. Inquiétude perpétuelle. Religiosité. Tendances extatiques.

Elle se plaint d'une douleur continue, fixe comme un clou au sommet de la tête et dans la région temporale gauche. Quelques douleurs dans le bras gauche. Ni anesthésie, ni hyperesthésie cutanées. N'a jamais eu de crises convulsives.

Léger rétrécissement du champ visuel à gauche. Ouïe bonne, quoique la malade dise ne plus rien entendre depuis quelque temps, elle perçoit nettement le tic-tac d'une montre éloignée de son oreille d'au moins 10 centimètres. Elle entendrait un chuchotement continu depuis qu'elle a ses douleurs. Sensibilité gustative intacte. Pas d'hallucinations visuelles.

La-motilité est normale. Troubles de la parole : vive, bredouillante ; les mêmes mots et lambeaux de phrase sont répétés de suite, d'une façon monotone. De l'hésitation — sans trémulation des lèvres ni explosion soudaine du mot — à articuler les premières syllabes. La malade se rend compte très bien de tout cela. Réflexes tendineux normaux. Ni tremblements, ni mouvements involontaires. Force égale des deux mains.

Respiration et bruits du cœur nets. Pouls égal, régulier. Anorexie. Constipation fréquente. Langue blanche. Bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Traitement. — Suggestion hypnotique. La malade cherche deux fois à se ressaisir. Sommeil au deuxième degré pendant lequel on lui suggère la disparition de ses douleurs. Au réveil, elles sont diminuées.

14 décembre. — Suggestion hypnotique et matérialisée sous forme de potion avec quelques gouttes de teinture éthérée de valériane et affirmation de guérison.

15 décembre. — La malade quitte le service, un peu améliorée.

Nous nous sommes présenté plusieurs fois à son adresse, mais sans la rencontrer.

Dans la complexité des symptômes offerts par cette malade, séparons la part émotionnelle de ce qui revient à cette sorte d'usure mentale que les chagrins et le surmenage avaient provoquée. Un certain état d'hébétude, de divagation était chez elle si frappant que de jeunes observateurs la regardaient comme une aliénée. La frayeur initiale éclaire l'étiologie. L'image demeurée vive de l'effroi ressenti, le concours de fatigues morales ultérieures ont entretenu de la dépression psychique. La dysphasie, que cette malade devait à son émotion, était-elle purement fonctionnelle ? Un traitement dynamogénique persévérant aurait-il réussi à la faire disparaître ? Nous pouvons tout au plus le prévoir, puisque la malade est partie sans différer davantage, puisque l'absence de signes somatiques empêchait de penser à l'existence d'une maladie organique.

Nous transcrivons maintenant la lettre d'un de nos amis, qui souvent nous communiquait ses inquiétudes et dont l'état névrasthénique, par auto-suggestion incessante, tournerait vers l'hypochondrie.

OBSERVATION XXXIX

(Personnelle.)

Manifestations douloureuses auto-suggérées chez un névrasthénique.

« Voici dans quelles circonstances j'ai constaté sur moi-même que des troubles physiques peuvent être occasionnés par l'imagination seule. Au retour d'un voyage en Afrique, ayant l'aspect maladif, je crus bon de faire analyser mon urine. On y trouva de légères traces d'albumine ; cette découverte, sans m'effrayer beaucoup, me causa une vague inquiétude. Toutefois je n'éprouvai pas le moindre malaise durant trois mois. Alors je fis la rencontre d'un médecin de mes amis que je questionnai à ce sujet. Il me décrivit le mal de Bright et m'en énuméra les symptômes suivants : Albuminurie, bouffissure des paupières au matin, saignements de nez, fourmillements aux extrémités, sensations de doigt mort, troubles cardiaques, céphalalgies fréquentes et tenaces.

Je résolus de me surveiller attentivement, bien que rassuré par la pensée de n'avoir jamais eu de maux de tête. *Le lendemain de cette conversation, je me réveillai avec une douleur violente au sommet du crâne ; elle dura huit jours. J'éprouvai aussi des fourmillements.*

Une nouvelle analyse d'urine ne révéla aucune aggravation de ma légère albuminurie qui, du reste, fut déclarée parfaitement insignifiante. »

Ce court récit n'est qu'un exemple entre mille symptômes analogues dont ce malade était et demeure la victime. Chez cet auto-observateur perpétuel de ses moindres faits et gestes, scrutateur infatigable de ses propres défaillances, le psycho-dynamisme extériorisé localise toute impression, devenue auto-suggestion, en dépit même de la distraction qu'il s'est imposée par les exercices physiques divers.

M. le professeur Bernheim a bien voulu nous communiquer le résultat de son traitement suggestif actif appli-

qué à une dame névrasthénique plongée dans un état de torpeur physique et morale, abandonnée par les médecins. Nous avons été heureux de pouvoir transcrire l'histoire de cette malade et de sa cure aussi merveilleuse que simple.

OBSERVATION XL

Névrasthénie. — Hypéresthésie. — Torpeur physique et morale pendant deux ans. — Insuccès de toutes les médications. — Guérison rapide par entraînement suggestif.

« Le 1^{er} janvier 1893, étant à Paris, je fus appelé à voir une jeune dame, âgée de 23 ans, souffrant depuis environ deux ans, de troubles névrasthéniques. Elle était mère de deux enfants, forte, bien constituée, sans maladie antérieure que des troubles nerveux ; de père et mère nerveux. Elle était traitée depuis deux ans, sans résultat, par deux médecins des hôpitaux de Paris avec lesquels je la vis en consultation. Elle avait des manifestations diverses : malaise cérébral, impossibilité de travailler, de coudre, de lire. Quand elle essayait de lire, ses idées devenaient confuses, l'attention ne pouvait se fixer. Elle avait une hypéresthésie générale, et particulièrement une douleur vive à la région précordiale, spontanée et au toucher, un sentiment de douloureuse lassitude dans les membres. Elle marchait péniblement et ressentait pendant la marche une douleur très vive dans le mollet. La digestion était laborieuse, les nuits pénibles. Il y avait surtout un état de torpeur générale physique et morale qui l'obligeait le plus souvent à garder le lit. Elle avait passé tout l'été étendue sur une chaise longue au Vésinet et depuis le commencement de l'hiver elle ne quittait plus la chambre.

Après avoir essayé en vain un traitement pour son estomac et épuisé les bromures, les bains, l'hydrothérapie et tous les antipasmiques, elle restait dans le même marasme. On la soumettait à une hygiène rigoureuse, éloignant d'elle toute cause d'excitation, lui défendant tout exercice, toute occupation qui d'ailleurs paraissait impossible.

Je constatai qu'il n'y avait chez cette jeune femme que des manifestations purement nerveuses sans lésion organique. Et je proposai à mon collègue, traitant habituel, d'essayer sur la malade un massage qui dans notre idée devait être purement suggestif. J'affirmai à Madame X... que ce massage fait sur les nerfs calmerait la sensibilité

douloureuse et lui permettrait dans quinze jours ou trois semaines de venir à Nancy où le changement d'air et le régime la remettraient.

Je la revis à Paris, aux vacances de Pâques. Le massage avait été essayé sans résultat ; la dépression nerveuse restait la même ; la malade ne marchait presque plus. Elle restait condamnée à la chaise longue, au lit, inerte, souffrante, anxieuse, démoralisée. Une consultation avait eu lieu avec un professeur de la Faculté, spécialiste, qui avait conseillé l'isolement dans un établissement d'hydrothérapie, isolement rigoureux pendant plusieurs semaines ou mois avec interdiction de voir aucun membre de sa famille, même de recevoir des lettres dans les premiers temps. Elle ne pouvait s'y décider. Alors je lui proposai de venir avec moi à Nancy, non pas seule, mais avec son mari, ses enfants, et tout son personnel. L'idée lui souriait, mais elle craignait de ne pouvoir faire le voyage, d'être trop faible, de défaillir en route. Je lui assurai qu'elle n'avait rien à craindre, puisque je voyageais avec elle. Et pour lui montrer qu'elle pouvait marcher, je la fis sortir de son lit et circuler dans l'appartement avec moi, ce qu'elle fit avec beaucoup d'anxiété et de douleurs dans les membres. Elle se décida ainsi que sa famille. Son mari loua une campagne dans les environs de la ville, elle fut transportée à la gare, elle voyagea dans un wagon-lit et débarqua à Nancy, d'où on la conduisit en voiture à sa campagne avec toute sa famille.

Le lendemain de son arrivée, je vins la voir. Pour tout traitement, je lui dis de se lever et de se promener un peu avec moi dans le jardin en toute confiance. La prenant par la main et l'enrouageant, je la fis marcher pendant plusieurs minutes ; elle était très anxieuse, se plaignait d'oppressions, de douleurs au cœur et de douleurs vives surtout dans les plantes des pieds. Je lui affirmai que tout cela se passerait à la longue et je cherchai à lui imposer confiance en riant et en lui montrant que je n'attachais aucune importance à ses souffrances. Au bout de quelques minutes, elle demanda la permission de s'asseoir, étant horriblement fatiguée ; je le lui permis et après quelques minutes de repos, je la fis encore marcher pendant cinq minutes. Je n'ordonnai rien, lui permettant simplement de manger et de vivre comme elle voulait, de voir ses enfants toute la journée si elle le désirait, et de suspendre toute espèce de médication. Le lendemain je répétais la même chose ; je l'entraînai à marcher pendant vingt minutes. L'anxiété avait beaucoup diminué, mais la douleur précordiale et à la plante des pieds était toujours très vive. Je la fis marcher beaucoup plus vite ; de plus je lui prescrivis des marches à diverses reprises autant qu'elle le pouvait dans la journée. Le

troisième jour, elle marcha avec moi pendant plus d'une demi-heure ; je la fis courir de toutes ses forces, malgré la douleur, et continuant ainsi cet entraînement, j'arrivai facilement au bout de huit jours, à lui faire faire deux lieues à pied. La douleur précordiale disparut au bout de huit ou neuf jours, la douleur plantaire au bout de quinze jours à trois semaines.

Je procédai de même pour faire lire la malade. Après quelques jours de traitement, elle se plaignait encore de ne pas pouvoir comprendre ce qu'elle lisait ; alors je la fis lire devant moi à haute voix, en lui certifiant qu'elle allait comprendre quelques lignes. La conception fut un peu vague la première fois. Je lui dis : « Lisez de nouveau, vous allez très bien comprendre. » Elle comprit en effet et je lui appris ainsi à fixer son attention. En trois séances de lecture, ce fut chose accomplie.

En continuant ainsi cet entraînement ambulatoire avec suggestion active à l'état de veille, la malade se trouva rapidement transformée complètement au physique et au moral, à la stupéfaction de sa famille. Après un mois de séjour à Nancy, elle rentra à Paris et reprit la direction de son ménage, pleine de vie et d'activité, heureuse. Elle continua à faire ses deux heures de promenade par jour, mangeant et digérant bien, vivant de la vie de tout le monde, allant, venant, et n'attachant plus aucune importance à quelques douleurs nerveuses, points névralgiques et migraines qui reviennent par intervalles.

La guérison a persisté jusqu'à ce jour.

Qu'ai-je fait dans ce cas ? Je n'ai pas fait d'hypnotisme. Il est probable que l'hypnotisme seul, c'est-à-dire le sommeil passif provoqué, ne l'eût pas guérie. Elle n'était d'ailleurs pas hypnotisable ; j'ai essayé plus tard de l'endormir sans pouvoir y arriver. J'ai fait de l'*entraînement suggestif*, j'ai fait de la *dynamogénie psychique* (1), adaptée à l'individualité du sujet, car il ne faudrait pas croire que toutes les névrasthénies soient de même qualité et toutes justiciables de la même thérapeutique suggestive.

(1) Voir notre observation VIII.

Ici il s'agissait d'une jeune femme qui avait des douleurs nerveuses et une sensation de malaise général physique et moral que le médecin avait traitées par une hygiène excessive et déprimante. On augmentait ainsi son anxiété ; on lui faisait peur d'elle-même. Quand elle avait plus mal, ou trouvait peut-être qu'elle avait trop vu ses enfants, ou trop parlé ; et on renforçait le cordon sanitaire physique ou moral qui l'étouffait.

Je pris le contre-pied de ce qui avait été fait jusque-là. Au lieu de la soumettre à une action forcée qui aurait augmenté sa concentration triste et obsédante, je la fis se lever, je la fis marcher, je la soumis à un entraînement actif, et ainsi j'opérai en même temps qu'une véritable dynamogénie cérébro-motrice une *dérivation* psychique. La malade se voyant, se sentant marcher, reprenait confiance. Elle cessa de se replier tristement sur elle-même. Loin de dissiper par le bromure de potassium l'obnubilation visuelle et psychique qui l'empêchait de lire, je lui appris à lire en la faisant lire comme je lui avais appris à marcher en la faisant marcher. Et par ce procédé très simple, je guéris une névrasthénie tenace qui depuis deux ans faisait le désespoir de la malade et des médecins. »

Ces réflexions claires et précises exposent la valeur significative et l'opportunité de cette méthode active de traitement suggestif que nous avons déjà rencontrée et que nous étudierons encore. Souvent nous avons vu M. le professeur Bernheim la mettre en usage, et sauver ainsi bien des malades qui littéralement croupissaient dans leurs impressions autosuggérées et immobilisantes.

La malade dont nous venons d'écrire l'histoire avait un fond névrasthénique. Chez une fillette, hystérique de

fait et d'hérédité, la même parésie, la même inactivité peut succéder à une impression persistante depuis qu'elle fut enregistrée.

OBSERVATION XLI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé HAUSHALTER.)

Hystérie morale infantile. — Troubles de la motilité.

M^{lle} P. C..., 7 ans. Entre au service des enfants le 3 juillet 1894.

Père alcoolisé, officier, mort paralytique général, après avoir toujours été nerveux, au moment de la naissance de l'enfant. Mère hystérique au plus haut degré, avec crises convulsives fréquentes et douée d'un caractère excitable, fantasque. Grand père maternel mort alcoolique ; grand'mère maternelle excessivement nerveuse. Une sœur simple d'esprit et tiqueuse ; une autre sœur morte à l'âge de 8 ans d'une maladie de la moelle. Enfin, elle possède une tante, sœur de son père, dans un asile d'aliénés et un oncle, du même côté, qui est atteint de monomanie religieuse.

L'enfant a toujours été très nerveuse. Toute petite, elle était colère, irritable, volontaire, avait des insomnies, des terreurs nocturnes. Depuis un an, elle est devenue sombre, n'aime plus à jouer avec les autres petites filles. Elle reste triste et pensive, a des volontés capricieuses et baroques ; elle est très excitable, hargneuse si l'on peut ainsi dire. A tout instant elle se plaint de pressions violentes à la gorge, de douleurs au ventre. Elle a du hoquet, des renvois. Un mois avant son entrée à l'hôpital, sa mère lui ayant donné une vigoureuse fessée, elle s'est mise à avoir mal à la tête. Elle se couchait sur le plancher comme abattue. Cependant la moindre contrariété, le moindre retard à exécuter ses volontés, la jetaient dans des colères épouvantables.

Depuis quelques jours, elle ne peut se lever, ni se tenir sur ses jambes. Elle vomit par instants. Ses yeux se convulsent ; la commissure labiale gauche est légèrement abaissée ; elle peut à peine soulever ses paupières ; puis soudain elle devient méchante, bat sa mère et sa grand'mère. Ce sont alors des scènes indescritibles ; cette famille a l'allure d'une réunion d'aliénés, ce sont des cris, des gémissements, puis des rires, des hoquets, une agitation générale confuse, désordonnée, à laquelle prennent part l'enfant, la mère, la grand'mère, les sœurs.

Etat actuel. — Enfant bien constituée; assez robuste, intelligente. Elle a une mine abattue; les paupières sont tombantes; elle les soulève très peu lorsqu'on le lui demande. La parole est embarrassée, bredouillante, presque incompréhensible. Les mouvements dans les membres supérieurs sont maladroits, incoordonnés. L'enfant ne peut manger seule.

Lorsqu'on pose l'enfant à terre, elle chancelle, la marche est incertaine, un peu ébrieuse. On pense alors à une méningite tuberculeuse ou à une syphilis cérébrale, mais ce diagnostic ne subsiste pas longtemps. On s'aperçoit bientôt que l'on est en présence de symptômes nerveux.

Dès le lendemain de son entrée, la malade est assise sur une petite chaise, au milieu des autres enfants debout; on la fait alors marcher un peu en lui donnant la main, on l'amuse. Dès le 8 juillet (3 jours après son entrée), la gaieté revient; elle commence à jouer avec les autres enfants, parle presque distinctement. La marche devient plus assurée. Le 14 juillet, l'enfant est normale; elle est joyeuse, enjouée, rit, chante, etc. Rien ne rappelle plus les anciens accidents, tout est normal. Les parents sont stupéfaits.

Le traitement était le suivant: douches presque tous les jours, mais surtout, traitement *moral*; on faisait marcher, causer la malade, on l'amusait, on la faisait lire, on la distrayait, et on défendait à sa mère de venir la voir, car lorsqu'elle venait, elle se mettait à la plaindre, à la presser de questions, à gémir sur sa maladie: « Et tu as mal là, et tu as mal ici », etc., excitant ainsi l'attention de la petite fille, entretenant son nervosisme.

En soustrayant cet enfant à l'action du milieu familial et en exerçant sur elle une suggestion active à l'état de veille, on est parvenu rapidement à la guérir de ses manifestations hystériques, de son pseudo-méningisme qui n'était qu'une attitude autosuggérée à la suite d'une impression morale vive chez un sujet très susceptible. Encore que ce soit un temps très court, le diagnostic a hésité. La méconnaissance du psychisme de certains symptômes place parfois le médecin dans une indécision embarrassante.

Ici l'erreur ne pouvait être longue. La vue de la mère

et de la grand'mère de la petite malade suffisait à renseigner sur le caractère générique de la famille, partant de l'enfant. L'étude des antécédents richement névropathiques venait confirmer les soupçons de nervosisme, d'hystérie, qui s'insinuaient dans l'esprit de l'observateur.

Nous verrons maintenant des exemples où l'idée auto-suggérée devenue chronique s'est faite irréductible. Toute médication, même suggestive, échoue contre elle. Pour une affection psychique comme pour toute autre, l'ancienneté d'un symptôme, même psychique est une menace, une garantie peut être, de non guérison.

OBSERVATION XLII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Misère physiologique et Autosuggestion.

Madeleine S..., âgée de 56 ans, couturière, entre à l'hôpital le 10 mars 1896.

Malade depuis deux ans.

Habituellement constipée, elle dit qu'elle s'est « mise, en hiver, à tousser d'échauffure » (*sic*). L'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la poitrine.

Elle ne peut aller spontanément à la selle ; elle déclare qu'elle tousse le matin dès qu'elle met le pied hors du lit. Depuis quatre ans, œdème léger des malléoles à la moindre fatigue. Bruits du cœur nets. Pouls régulier, assez ample 88.

Digère facilement. Dès qu'elle a mangé, elle court à la garde-robe. Alternative de diarrhée et de constipation. Selles normales, non sanguinolentes. Pas de coliques.

Etat actuel. — Impressionnabilité notable, bien qu'elle n'ait pas eu de crises de nerfs. Facies pâle, amaigri. Apyrexie. En l'interrogeant, on lui demande : « Avez-vous mal ici, mal là ? avez-vous telle ou telle douleur ? » Elle réfléchit un instant et répond affirmativement, trouvant sur-le-champ un prétexte à chaque détermination douloureuse nouvelle, simplement suggérée. De la sorte, elle se plaint successivement du dos, des reins, des genoux, etc. Elle a vécu au

jour le jour jusqu'ici, se répétant cette phrase : « Je suis faible, bien faible ». N'a jamais, en réalité, travaillé. Vit le plus souvent d'aumônes, encore qu'elle se dise couturière. Depuis qu'elle est hospitalisée, elle n'a plus de diarrhée et a repris appétit. Insomnie habituelle.

En somme, cette malade représente ce que l'on dénomme couramment dans les cliniques *misère physiologique*. Cet état nous a semblé digne de plus d'attention qu'on ne lui en prête généralement. A la longue, il répond en effet à quelque chose de plus qu'une déchéance physique momentanée due à la privation, à quelque chose de plus qu'une hospitalisation intéressée ; il se fait chez l'individu pauvre un véritable état de névrasthénie. Le malade livré à toutes espèces de suggestions s'abandonne naturellement aux suggestions propres d'abord. Il s'auto-suggestionne lentement, puis il stagne dans ses habitudes auto-suggérées.

Cela est vrai qu'une bonne hygiène, une bonne nourriture sont insuffisantes à guérir ces malades que l'on croit souvent souffrir de privations simples, et que certains traitent pour avoir « de l'anémie cérébrale », terme impropre et absurde dans son application à une affection chronique, et qui n'explique rien.

Notre malade est demeurée un mois au service. La suggestion hypnotique ne l'a pas débarrassée de ses douleurs. M. le professeur Bernheim se contentait alors de passer devant son lit, le matin à la visite, ne donnait pas d'intérêt visible à ses doléances, s'efforçait de lui faire sentir ainsi leur maigre valeur, faisait, en un mot, le *traitement psychique par l'indifférence affectée*, sur lequel nous reviendrons dans notre chapitre du traitement. A peine notre femme commençait-elle à se refaire une autre éducation, qu'il lui a fallu, pour des raisons

spéciales, s'en aller porter ailleurs ce que tous appellent sa misère et ce que nous appellerons présentement sa névrasthénie psychique devenue irréductible.

Cette dernière a souvent les allures de l'aliénation mentale. L'idée autosuggérée est despotique ; le malade épuise tout traitement, change de médication et de médecins dont il lasse parfois la patience.

OBSERVATION XLIII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Névrasthénie psychique irréductible. — Insuccès de tout traitement.

M^{me} C. . . , âgée de 31 ans, rentière, entre le 21 mars.

Orpheline à 21 ans. Pas de maladie antérieure notable. Un frère marié, actif, bien portant.

Il y a huit ans, à la suite d'émotions répétées, elle fut prise de malaises, de douleurs intercostales, d'oppression, etc. Consulta alors différents médecins, et, à la suite d'applications de pointes de feu sur la poitrine, eut des coliques, disant que « ça s'était reporté sur les intestins ». Depuis lors, alternatives de constipation et de diarrhée. Subit toutes sortes de traitements dont elle a retenu et embrouillé toute la phraséologie médicale. Elle parle confusément d'entérite, de fausses membranes, de douches d'Esmarch, de spasme du gros intestin, etc. Elle a fait plusieurs cures hydrominérales sans résultat ; elle est actuellement persuadée qu'elle a « de l'occlusion ». Aussi s'est-elle fait dernièrement électriser, sans succès. Elle désire, en suprême ressort et comme suprême ressource, se faire hypnotiser.

État actuel. — Tempérament nerveux. Impressionnabilité très accentuée. Yeux brillants. Physionomie très mobile d'expression. Apyrexie. Langue blanche. Se plaint de « brûlures » dans les intestins, de douleurs aiguës dans l'hypochondre droit. Appétit variable. *Selles normales.* La malade dit pourtant qu'elle rend parfois beaucoup de « glaires de gélatine », et elle va aussitôt à la garde-robe. Les médecins lui ont répété depuis trois ans qu'elle devait désinfecter son tube digestif ; elle a absorbé force benzo-naphtol, et ajoute que cela l'a empêché d'avoir « l'intestin perforé ».

Au palper, le ventre est souple, dépressible ; à la percussion, pas de dilatation d'estomac. Foie normal. Pas de pyrosis. Quelques re-

gurgitations aqueuses. La malade accuse une sensation de picotement dans la gorge, qui détermine une toux rauque par instants, avec spasme des muscles de la région sus-hyoïdienne. Elle se plaint, en outre, de douleurs dans l'épaule et le bras gauche presque continues, de céphalées temporales et de névralgies dans la moitié gauche du visage. « Les os se gâtent » (*sic*), dit-elle. De plus, elle éprouve des sensations de froid à la nuque et de chaleur dans le reste du corps ; « ça brûle surtout dans l'intestin ». Ne dort pas la nuit, a des secousses et des sursauts nerveux.

Pas de troubles sensoriels, sauf, d'après la malade, astigmatisme léger de l'œil droit et surdité faible du même côté.

Bruits du cœur et respiration nets. Urines claires, abondantes.

Aucune trace d'albumine.

Traitement. — On entreprend la suggestion hypnotique. Sommeil provoqué au 1^{er} degré. Les paupières restent closes, la malade ne peut, dit-elle, les ouvrir, mais elle se ressaisit, discute, parle avec elle-même et avec toutes nos tentatives. Néanmoins en lui affirmant que la pression digitale que nous exerçons au-dessus de la clavicule gauche entre les insertions du sterno-mastoïdien va arrêter les spasmes et les mouvements incessants de déglutition qu'elle fait, nous voyons en effet une cessation de ces phénomènes se produire ; le picotement pharyngé est également moindre. De même par la pression avec la main, puis friction de l'hypochondre droit avec affirmation que la douleur aussi va disparaître, cette douleur disparaît, mais momentanément, car la malade s'acharne sur ses sensations.

31 mars. — N'a plus eu hier de spasmes. Aujourd'hui ils ont repris. La douleur dans le côté n'a plus reparu. Suggestion hypnotique. Sommeil au 1^{er} degré.

4^{er} avril. — Suggestion. Sommeil au 1^{er} degré. Les spasmes sont de nouveau enrayés par suggestion concrète (pression digitale avec affirmation de guérison). Mais la malade répète : « Ça reviendra ». Elle se refuse à donner toute confiance.

2 avril. — Suggestion matérialisée par l'aimant. En promenant l'aimant sur les points sensibles de l'abdomen, du thorax et du cou, nous pouvons enlever les douleurs. Cette matérialisation de la suggestion à l'état de veille semble efficace. Néanmoins la malade répète : « c'est chronique, on n'y peut rien ; c'est *ancien*, ce sera long à partir (*sic*). » Elle éprouve cependant quelque amélioration.

3 avril. — S'est trouvée bien hier après midi. Mais la sensation de brûlure des intestins a reparu. Céphalée. Phénacétine. Suggestion à l'état de veille.

4 avril. — La malade, par méfiance, a ouvert ses cachets, prétend avoir reconnu la phénacétine qu'elle a alors absorbée avec la pensée que « ça ne lui servait de rien ». Elle quitte l'hôpital.

Cette femme dont nous venons de rapporter ainsi l'histoire était d'allures si étranges, que ses voisines de salle la considéraient comme une folle.

L'idée fixe, l'autosuggestion inébranlable tirent à leur profit toute perception. Le sujet ne voit, ne pense, ne sent plus que par son mal tyrannique. Le règne brutal de sensations, uniques maîtresses, ramène à elles toute autre façon d'agir. L'élément nerveux dynamique s'est condensé vers un seul but, vers un seul genre d'action. Le malade tombe en un vrai marasme intellectuel, en une vraie inertie psychique. L'unique autosuggestion incarnée dans l'esprit, conservateur obstiné de telle impression à l'exclusion de toute autre, ruine tout fait psychique autour d'elle, installe une sorte d'obscurité mentale. C'est l'hypochondrie à la suite d'un monoidéisme irréductible comme une vieille luxation. Un spécimen manifeste nous est fourni par l'histoire suivante d'une malade, actuellement encore au service de M. le professeur Bernheim, après un séjour prolongé, sans qu'aucune médication ait réussi à dériver le cours fatal de ses idées.

OBSERVATION XLIV

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Rhumatisme goutteux. — Névrasthénie puis hypochondrie consécutives aux douleurs articulaires. — Autosuggestion. — Insuccès de tout traitement.

Il s'agit d'une femme de 53 ans, marchande, place du Marché a

Nancy. Marie J... est entrée le 1^{er} janvier 1896 au service, pour des douleurs multiples qui la rendent impotente.

Elle n'a pas fait de maladie antérieure. Mariée, sans avoir eu de rapports avec son mari. Dans sa jeunesse, elle aurait eu quelques crises nerveuses convulsives.

Depuis six ans, elle se plaint d'une douleur qui débuta au genou droit, s'accompagna de gonflement, et qui depuis s'est étendue à la crête iliaque, aux flancs et à l'épaule droite « toujours froide et douloureuse », selon l'expression de la malade.

Depuis quatre ans, elle ressent également des élancements douloureux dans les aines, et depuis deux mois, sous les reins « comme si on décollait les os » (*sic*). Ayant fait une chute il y a six mois, elle aurait conservé de son accident une douleur à l'occiput.

Elle fut pour tout cela l'objet de traitements variés et probablement contradictoires, depuis l'élixir antiglaireux (*sic*) jusqu'aux douches et pratiques magnétiques. Il serait fastidieux d'en rapporter la nomenclature, souvent ridicule.

État actuel (janvier 1896). — C'est une femme obèse, soufflée. Les muqueuses sont décolorées, la face terne, d'expression changeante à un haut degré. Elle pleure facilement. Excessivement impressionnable, elle passe rapidement des larmes à la gaieté. Mémoire souvent infidèle. Nuits mauvaises, hallucinations visuelles nocturnes. Céphalées fréquentes. Intelligence assez nette. Sans cesse dolente, la malade raconte ses douleurs à qui veut l'entendre. Apyrexie.

Appétit conservé. Pas de constipation. Bruits du cœur nets. Réflexes du genou légèrement diminués. Ni anesthésie, ni hypérésie cutanées à la pression. Depuis deux ans elle marche appuyée sur un bâton, depuis six mois sur deux bâtons; depuis 40 jours elle ne peut se lever, demeure au lit à pleurer, à geindre, déchirant ses draps, les « mangeant, dit-elle, pour passer sa colère ». Elle s'aide de ses deux cannes, si on la fait lever de force, et se traîne avec grande difficulté en glissant sur la pointe du pied, presque courbée en deux, le visage larmoyant. Elle accuse des douleurs dans tout le corps, principalement dans le quart inférieur de la face postérieure du milieu de l'avant-bras, dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, dans le cou-de-pied gauche, dans la crête iliaque, dans les reins, les épaules, etc., etc.

Cette malade est encore aujourd'hui (2 janvier 1897) au service. Cela fait donc une année de séjour. Pendant cette année, nous avons pu la voir, l'étudier presque quotidiennement. Nous résumerons les

particularités intéressantes sans vouloir énumérer jour par jour tout ce qui la concerne pendant ce temps.

Dès le jour de son entrée, on la fait marcher malgré elle ; on lui enlève ses soutiens, et la tenant par les mains on l'entraîne. Mais elle trouve toutes sortes de raisons pour ne pas avancer, grimace, crie, gémit, se plie en deux, les pieds collés au sol. Alors patiemment on la stimule un peu, en lui démontrant l'inanité de ses douleurs, on agite devant son esprit le spectre d'une impotence perpétuelle, on essaye de piquer son amour-propre en lui faisant sentir combien il lui coûtera d'avoir désormais un besoin continu des services d'autrui, on se moque d'elle, on la plaisante, on se fâche, on cherche à l'intimider ; de force on la pousse, on la tire, elle fait quelques pas, puis se laisse tomber en jetant des cris perçants ; on la relève, la rassure, mais tout ce qu'on peut obtenir d'elle en la soutenant, en lui parlant d'une voix forte, énergique, impérative, c'est qu'elle effectue à peu près, péniblement et parmi quelles jérémiades ! le tour de la salle. Le mal qu'elle se donne pour ne pas marcher, dit M. le professeur Bernheim, est inouï. Semblable exercice a été répété plusieurs jours de suite. L'examen des articulations n'a jamais révélé que de faibles craquements secs. On a usé du massage, de l'électrisation à courants continus, des sels de lithine, des pointes de feu, etc. Aucun succès. L'entraînement suggestif à l'état de veille secouait un peu la torpeur de cette malade, qui n'était que peu sensible à la suggestion hypnotique et ne donna qu'un sommeil au premier degré. En effet, n'était-elle pas entièrement subjuguée par son auto-suggestion, dominée par ses impressions douloureuses dont le rappel est causé par toute excitation. Elle est assise, le visage calme, sans souffrance apparente. « Levez-vous ! madame, et marchez ! » Aussitôt la physionomie se bouleverse, les yeux roulent pleins d'effroi, les traits se convulsent d'efforts ; la malade invoque toute espèce de prétexte pour rester dans son fauteuil. Les termes qu'elle emploie sont très imagés. Un jour elle sent « comme des chiens » dans les fesses ; dans les genoux « ça croque, ça se noue ». Une autre fois, elle tremble, elle grelotte et dit : « Ça sent la paralysie, je ne sens pas le par-terre », réclame une potion qui la fasse marcher, raconte que la pommade de feuilles de noyer lui causera grand bien, car « ça fait dissoudre le sang ». Son imagination est fertile en excuses : « Mon père, dit-elle, était comme moi, il n'y a donc pas de guérison ». Et elle fond en larmes. « Elle lutte et fait tout pour ne pas avancer », dit notre maître, « il y a là quelque chose qui neutralise sa volonté de guérir. »

Si on ne la brusque pas, qu'on la laisse tranquille, cordialement,

en vérité elle témoigne son désir de guérison, sa foi en la fin de ses maux qu'elle sent prochaine. Souvent à la visite du matin elle nous a dit : « Ça guérira, je le sens, mais il faut du temps. » Pendant un mois, on s'est contenté de passer devant son lit, sans lui adresser la parole, en affichant l'indifférence ; puis, plus tard, on se gaussa d'elle systématiquement. Son activité resta éteinte. Plusieurs fois on la soumit à l'entraînement psychique actif, les séances se clôturaient toujours par une crise de pleurs, et la malade reprenait son inertie, après s'être invectivée elle-même, s'être maudite. L'hypochondrie l'a gagnée (avril). Constamment elle répète « c'est trop souffrir ! » ses yeux, par moments, sont hagards, ses lèvres tremblotantes. Quant à ses douleurs, il est impossible d'en localiser une quelconque définitivement. Elles évoluaient et évoluent tous les jours. Au repos la malade murmure à satiété : « Ça viendra, je guérirai », mais si on réveille ses impressions, en lui parlant de ses maux, il est facile de lui faire affluer toutes variétés de sensations fictives : « Dans le nez, ça pique, c'est froid ; dans la nuque, ça travaille ; dans l'échine, ça vrille, etc. » « On pourrait ainsi, disait M. le Professeur Bernheim, en relevant toutes ces manifestations écrire une observation de fantaisie ; chaque observateur créerait des symptômes nouveaux, ne faisant qu'extérioriser ses propres conceptions que notre malade s'approprie si aisément. » Certain matin, elle a déclaré ne plus vouloir manger ; tous les aliments étaient comme « de la terre ». Finalement, sous l'influence d'une persuasion douce, elle a repris goût et nourriture ; actuellement elle a assez bon appétit. Cependant la sœur de la salle lui ayant donné des béquilles, la voilà ancrée davantage que jamais dans ses idées, cristallisée dans son auto-suggestion qui crée « une sorte d'aliénation mentale » (Bernheim). Elle a présenté de l'incontinence d'urine qui jointe à son impotence fonctionnelle eût pu faire songer à une affection spinale débutante, mais nous savions qu'il n'y avait pas, au vrai, paraplégie, que les réflexes rotuliens n'étaient ni abolis, ni exagérés ; d'ailleurs l'incontinence fut passagère, et l'on découvrit un jour que probablement elle était sous la dépendance d'une irritation de voisinage due à l'issue presque continuelle d'une hernie inguinale double. Un peu d'arthrite sèche, une impressionnabilité excessive et une auto-suggestibilité très développée composent l'histoire de cette malade. Chez elle, une sensation articulaire, interne, se réfléchit cérébralement comme un épouvantail, un cortège douloureux suit la moindre impression qu'il dénature. Le psychodynamisme ne se meut plus bientôt que dans une voie de sensation ; le cerveau du sujet se fige dans une habitude sensitive unique.

Toute médication s'est brisée contre cette habitude invincible. A peine l'entraînement suggestif fut-il momentanément un dérivatif partiel. L'ankylose psychique était irréductible.

La malade ne désire plus retourner vendre sur la place du Marché. Elle se prétend maintenant en butte aux persécutions d'une autre vendeuse.

Ceci nous conduit à l'obsession. Une idée devient obsédante lorsque *incessante, consciente, irrésistible*, elle occupe tout le champ de la conscience, et tient dans le sensorium une place prépondérante. Notre malade arthritique n'était qu'une autosuggestionniste convaincue, entachée d'hypochondrie ; elle n'était pas victime d'une obsession, car *incessantes* n'étaient pas ses manifestations douloureuses, non plus que *totalelement irrésistibles*. Si elle ne pouvait atteindre à une libération complète de ses impressions, du moins commandait-elle celles-ci en partie, du moins conservait-elle la ferme espérance de guérir, du moins une excitation était-elle nécessaire pour provoquer les crises douloureuses, faire éclater ses idées d'impotence. Lorsqu'il s'agit d'une idée obsédante, une excitation cause des paroxysmes, cette idée emprunte au terrain nerveux, à l'individualité psychique une couleur, une intensité variables. Dans un cerveau médiocre, conservateur, mais non fertilisateur des impressions, un cerveau où les perceptions se limitent en un champ définitif sans se prolonger au-delà par d'autres, l'idée obsédante ne pousse pas de racines profondes. Elle est guérissable. Une autre image forte suffit à détruire l'image hallucinatoire qu'elle entretient, la localisation étrange d'une sensation qu'elle objective faussement. Ceci se vérifie dans l'histoire suivante :

OBSERVATION XLV

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Obsession hallucinatoire sensorielle chez un alcoolique. — Guérison par la suggestion en cinq jours.

Charles V..., âgé de 63 ans, cultivateur à Schirmeck, sans antécédents héréditaires, non plus que personnels, intéressants. Pas de syphilis. Marié, père de quatre enfants bien portants.

Il y a 18 mois, ayant mangé des cerises, crut en avoir avalé d'avariées, remplies de « petites bêtes » (*sic*) et, quelques jours plus tard, ressentit des « picotements » dans la bouche, qui devinrent bientôt des « fourmillements ». « C'était, dit le malade, comme une petite bête qui me piquait, puis se retournait avec ses pattes. » Il ajoute qu'il percevait sur les parois buccales une sorte de frôlement des pattes de ces petites bêtes. Cela, tous les jours avec une intensité variable. « C'est comme une fourmi qui voyage ».

Cet homme buvait de l'eau-de-vie tous les matins, en allant aux champs. Les « fourmis » ne le réveillent pas la nuit. Sensibilité douloureuse pendant la mastication d'aliments durs. Pas de tabagisme. Actuellement le fourmillement se produit toutes les deux heures.

Etat actuel. — Bien constitué. Facies hébété. Intelligence obtuse. Pas de mobilité d'expressions dans la physionomie.

Sensibilité, motilité intactes. Appétit bon, digestion également bonne. Pouls régulier égal, 68.

Examen de la bouche : Maxillaires dépourvus de la plupart des dents ; celles qui subsistent sont cariées. Langue grisâtre, sale. Gustation intacte. La distinction des mets sucrés, salés, amers, fades ou acides s'effectue normalement. Pas d'hypersecretion salivaire. Haleine non fétide. Le malade indique les points où il perçoit les fourmis : sur les deux piliers antérieurs, à leur base ; et le long de l'arcade dentaire supérieure, en avant ; enfin lorsque « la fourmi voyage » il la perçoit, vaguement sur toute la langue (1^{er} juin).

2 juin. — Traitement suggestif : Collutoire fait de borax 1, glycérine 30, dont usage lors des sensations de fourmillement, en assurant au malade que par ce moyen la fourmi sera tuée.

3 juin. — Sensation moindre d'intensité. Nuit agitée. On triple la dose de borax, et le fait avec soin remarquer au malade.

4 juin. — Le malade dit que les fourmis sont moins actives. On met 4 gr. de borax dans le collutoire, et dit que la force de cette dose est infaillible.

5 juin. — Le malade déclare avoir tué ses fourmis par le collutoire, et ne plus rien ressentir depuis hier soir. La nuit a été bonne. Il se trouve heureux et demande sa sortie.

Après l'étude de ces faits, voici ce qu'il est loisible d'en déduire : un homme, d'intelligence médiocre, paysan fruste d'hérédité nerveuse inconnue et de passé nul, alcoolique clos à bien des sensations, mange certain jour quelques cerises gâtées. L'idée lui vient, après coup, qu'il y avait des « petites bêtes » dans ces fruits ; l'image des cerises mauvaises se représente à son esprit, le hante et avec elle, la sensation gustative adéquate à l'image de tout aliment, associée davantage encore au souvenir des dites cerises ingérées ; bientôt, faute d'impressions concurrentes dans ce cerveau inerte, cette image devient maîtresse, obsédante, et, avec elle, la sensation gustative désagréable consécutive. Image et sensation se confondent alors pour prendre une importance plus grande. L'idée-sensation, ainsi formée, rappelle des sensations voisines, analogues, antérieurement enregistrées dans le sensorium ; un rapport s'établit ainsi entre l'image, l'idée d'une fourmi et cette idée-sensation gustative. L'image de la fourmi se brode sur la sensation extériorisée et devient, à son tour, la cause de sensations illusoire dans la cavité buccale ; c'est là l'hallucination secondaire à l'obsession, ce que M. Séglas dénomme *obsession hallucinatoire*.

En résumé tout cela était dynamique chez notre malade qui n'avait aucune tare mentale, ni névrasthénique. Cette obsession était *accidentelle*. Aussi l'image a-t-elle été détruite par l'introduction d'une autre image

dans le cerveau ; l'autosuggestion, qui par une sorte de rumination mentale l'entretenait, est disparue sous une suggestion thérapeutique, brute, matérialisée, concrète.

L'hallucination sensorielle est curable, lorsque l'idée obsédante qu'elle accompagne est [de date récente, lorsque, surtout, le cerveau du malade n'est pas un champ névropathique fertilisable. Deux cas seront exposés ; l'un traite d'une nerveuse, hystérique probable, l'autre d'une nevrasthénique. La première, sous l'influence d'une idée obsédante, eut des hallucinations visuelles, du délire du toucher, la seconde eut des hallucinations auditives, visuelles, de l'impulsion homicide. Chez toutes deux, l'hallucination a pu être suggestivement enlevée ; l'obsession a subsisté contre toute tentative.

OBSERVATION XLVI

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM)

Obsession hallucinatoire. — Délire du toucher. — Guérison de l'hallucination par suggestion.

Julie R..., repasseuse, 19 ans.

Mère nerveuse, irritable. Elle-même aurait toujours été « énervée ». Pas de maladie antérieure.

En mai 1896, au moment de ses époques, elle prend un bain. Quoiqu'elle n'eût pas, une fois habillée, la sensation d'humidité, elle pensa que son linge était humide. Son contact sur la peau avait une fraîcheur importune. Cette idée persista. Avant de se vêtir, Julie R... faisait toucher ses effets par ses frères pour qu'ils se rendissent compte qu'ils étaient bien secs. Jusqu'en juin, cette obsession la poursuivit. C'est alors qu'un jour, ayant nettoyé la place où elle avait vu un petit chat faire ses excréments, elle conçut de cette action une peur ridicule de toucher à nouveau les ustensiles qui lui avaient servi à cet effet. Puis peu à peu cette peur s'étendit à tous les objets usuels du ménage, puis aux portes, aux fenêtres qu'elle croyait salis par des matières excrémentielles de chats.

Une fois hors de chez elle, ces images s'évanouissaient. A table,

elle n'osait manger. Elle eut quatre crises convulsives à la suite d'impatiences. A d'autres moments, elle éprouvait une lassitude générale, s'affaissait sur une chaise, et soudain, serrant les poings, s'endormait.

Elle est venue consulter M. le professeur Bernheim au mois de décembre.

C'est une jeune fille blonde, aux cils allongés, au teint frêle, d'un tempérament lymphatico-nerveux.

M. le professeur Bernheim pratique la suggestion hypnotique. Le sommeil est assez facile : il lui est suggéré que sa vision de chats et d'excréments disparaîtra, ne se superposera plus à l'image des choses familières, qu'ensuite elle n'aura plus peur, qu'elle pourra, naturellement, logiquement, toucher ce qui est autour d'elle à la maison.

Dès la 3^e séance, la malade accuse de l'amélioration ; l'hallucination visuelle n'est plus. L'image des excréments ne se surajoute plus à tout ce qu'elle voit. Néanmoins elle y pense encore. Cependant elle est plus gaie, plus éveillée, et s'intéresse davantage à ce qui l'entoure.

Enfin au bout d'une dizaine de séances, l'état demeurait stationnaire. La malade n'avait plus d'hallucinations, touchait très bien ce qu'on lui présentait sans manifester de répulsion, mais elle avoue qu'elle pensait encore à toutes ces choses, quoiqu'elle ne les vît plus. Le souvenir en demeurait présent, opiniâtre.

Nous avons revu, depuis, cette jeune fille, en février 1897. Elle va et vient, s'occupe du ménage, n'est plus tourmentée comme jadis, n'a plus aucune hallucination, mais a gardé l'idée d'excréments possibles attachée à l'idée d'un objet quelconque.

Tout ce qu'a pu faire la suggestion, ce fut donc de supprimer l'hallucination, après l'avoir séparée nettement de l'idée obsédante. Elle a pu rendre le repos à l'esprit de cette jeune malade dont l'état mental inspirait déjà de sérieuses inquiétudes à sa famille.

Sur un terrain névrasthénique, sur une individualité psychique prédisposée, les troubles dynamiques d'ordre hallucinatoire acquièrent une signification plus grave, plus profonde ; ils sont inguérissables le plus souvent.

Dans le cas qui va nous occuper, l'idée obsédante suc-

cède à une émotion. Elle s'entoure de symptômes physiques et psychopathiques variés. Telles impressions à l'improviste surviennent qui donnent une force nouvelle à l'idée, et sont l'occasion de crises paroxystiques par un mécanisme d'association. L'on verra, par exemple, que chez notre malade atteinte d'impulsions homicides, la vue d'un couteau suscite une crise.

Que l'idée soit obsédante, irrésistible, cela n'empêche point que le malade n'essaye de lutter contre elle. Notre malade se défend de ces tentations conscientes à saisir un couteau pour frapper quelqu'un. D'autres malades cherchent une dérivation dans les changements de milieu, d'occupations. Enfin les autres caractères de l'obsession : conservation de la conscience, persistance d'une émotivité spéciale interparoxystique, présence d'un état d'angoisse précédant les crises, etc., s'unissent dans l'observation suivante aux hallucinations sensorielles, aux impulsions.

OBSERVATION XLVII

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM).

Obsession hallucinatoire, à la suite d'une émotion. — Impulsion homicide. — Phobie des couteaux. — Amélioration par la suggestion.

Marie-Félicité V..., âgée de 33 ans, journalière, vient consulter M. le Professeur Bernheim, le 26 février 1896.

Historique. — Douleurs articulaires il y a 20 ans. A la suite de l'assassinat d'un M. L..., qui portait le même nom qu'une personne de sa connaissance, elle fut prise par l'idée de faire du mal et de tuer sa fille. Elle doutait d'elle-même, craignait de nuire à son entourage et de ne pas pouvoir résister à l'impulsion de tuer sa fille. Depuis lors, par suggestion incessante que son mari ne combattait pas mais encourageait au contraire par ses violences, cette idée de faire du mal

est devenue une obsession. Elle raconte qu'elle veut se « sauver d'elle-même ». Depuis 3 mois, la vue d'un couteau lui donne de « grosses frayeurs, un gros tourment », de l'angoisse de prendre le couteau et de « saigner » (*sic*) quelqu'un. N'ose plus couper son pain ni sa viande. Quand elle voit égorger une poule, un lapin, elle s'imagine voir mettre à mort une personne, éprouve alors une peur intense, tremble et répète mentalement : « Tu tueras, tu tueras ». Véritable hallucination de la vue et de l'ouïe.

La moindre allusion à des crimes, à des accidents, ressuscite chez elle le doute de soi et la crainte de nuire à autrui. Et elle ressent souvent de vives douleurs dans les bras comme venant de sa résistance à ne pas céder à un mouvement de préhension du couteau pour tuer. Et elle se redit : « Pourtant je ne veux pas faire de mal à qui que ce soit ». La phobie s'est étendue depuis quelque temps à toute sorte d'objets brillants, de métal d'abord, puis de verre. Bêche, pioche, hache, pelle, etc., éclats de vitres la portent à des idées criminelles, avec peur d'y céder et doute de soi de ne pouvoir aller contre. Les nuits sont assez calmes. Parfois elle entend des cloches. Pas de visions nocturnes.

La malade a nettement conscience de son état mental qu'elle décrit très bien. Pour lutter contre ses hantises, ses tentations, elle travaille, se fatigue physiquement. Elle pleure facilement. N'a pas d'idées de persécution.

Quelques douleurs rhumatismales dans les jambes. Ni vertiges ni troubles visuels. Quelques éblouissements, de la lourdeur de tête, douleur à la nuque. Motilité, sensibilité normales. Réflexes tendineux normaux. Apyrexie. Appétit conservé. Selles régulières. Bien réglée.

Elle a une fille mariée, nerveuse, qui dans son enfance aurait eu une chorée avec embarras de la parole, guérie par M. le docteur Liébault.

M. le professeur Bernheim essaye la suggestion hypnotique. Sommeil provoqué assez facile pendant lequel il lui suggère la disparition de ses douleurs ; elle pourra prendre un couteau en main sans avoir envie de tuer, etc. Au réveil, se trouve plus calme.

3 mars. — Seconde suggestion hypnotique.

40 mars. — L'obsession a diminué d'intensité et de fréquence. La malade peut, sans crainte, tenir un couteau. Suggestion hypnotique. Au réveil la malade se sent plus raffermie contre soi, mais, si devant nous, elle peut sans peur toucher accidentellement un couteau,

elle a néanmoins gardé l'appréhension très vive de rencontrer sous la main d'autres couteaux qui l'effrayeront.

La malade, n'étant pas fortunée, n'a pas fait les frais de nouveaux voyages à Nancy. Nous ne l'avons pas revue.

La suggestion, dans ce temps si court, a produit une amélioration de l'état de cette malade. Aussi bien ne pouvait-on légitimement espérer une guérison absolue. L'individualité de cette femme s'y refusait. Elle fournissait les signes d'une partielle aliénation mentale ; ce doute de soi, cette appréhension, ce scrupule permanents, ces hallucinations visuelles et auditives, gravitant autour de l'idée obsédante et sur un fond névrasthénique que trahissaient telles manifestations névropathiques douloureuses, n'étaient pas au total justiciables d'une médication uniquement suggestive.

Mais si nous avons appelé l'attention sur ces troubles mentaux, c'est en raison de leur atténuation minime, cependant réelle, par la suggestion, démontrant ainsi le caractère dynamique de leur genèse, et, négativement, l'altération organique probable, sinon la conformation défectueuse spéciale du terrain cérébral où ils prirent naissance.

Les relations de la folie et de la suggestion, de l'aliénation mentale et du dynamisme cérébral ! Voilà qui nous entraînerait hors de notre sujet et qui serait d'une étude intéressante, mais pour un travail ultérieur.

B) *L'élément nerveux dynamique est greffé sur une affection organique.*

Il se manifeste par des symptômes nouveaux ou bien il dénature les symptômes préexistants.

Dans le premier cas, les symptômes qu'il produit sont ou *généraux*, ou *diffus*, ou *locaux*.

a) L'élément nerveux dynamique psychique, greffé sur une affection organique crée des symptômes nouveaux.

a) généraux :

La plus belle manifestation nerveuse dynamique qui se puisse implanter sur un mal organique, c'est l'hystérie convulsive. Il arrive que des convulsions hystériques variées se surajoutent à des accès d'épilepsie essentielle. Le diagnostic déjà hésitant lorsque l'une ou l'autre de ces affections, hystérie et épilepsie, se présente seule, mais avec des caractères nombreux et inconstants, devient obscur lorsque toutes deux sont réunies sur le même individu.

Alors, dans ce cas, on englobe indistinctement sous le terme hystéro-épilepsie cette association, souvent irréaliste, de deux variétés de troubles nerveux différents dans leur essence, puisque les uns sont liés à une excitation corticale déterminée par une altération organique, et que les autres constituent des symptômes accidentels, ne reposant sur aucun fond organique durable. Nous n'avons point mission de rappeler sur quoi s'étaye le diagnostic différentiel entre les accès d'épilepsie et les crises d'hystérie. Mais nous tenons à affirmer que la nature dynamique des seconds permet de les séparer des premiers, car l'intervention d'une thérapeutique dynamogénique suggestive les fait disparaître, laissant subsister ainsi les récidives certaines d'attaques épileptiques. Il semble qu'il y ait chez plusieurs sujets épileptiques un champ d'excitabilité nerveuse, psychique très étendu pour favoriser les excitations et leur donner sujet plus fréquemment de se produire. La susceptibilité de l'individualité psychique semble accrue de l'irritation qui entretient la lésion, point de provocation des accès d'épilepsie. L'élément dynami-

que a alors beau jeu pour s'exercer ; une idée, une émotion peuvent se traduire par des convulsions d'origine psychique désordonnée, puis, dès la première crise hystérique, une habitude auto-suggérée s'installe ; le malade s'enferme dans son état de crises, dans son hystéricisme permanent, entrecoupé de troubles épileptiques. C'est bien de l'hystérie greffée sur l'épilepsie essentielle. L'*hystéro-épilepsie* désigne autre chose ; elle désigne des convulsions hystériques épileptiformes ; autrement dit, on entendrait par hystéro-épilepsie, des crises épileptiques *simulées* par un hystérique. C'est à dessein que nous usons de cette qualification « simulées », car depuis Charcot, on traite l'hystérie de grande simulatrice de nombreuses affections nerveuses organiques. Or, décorer l'hystérie de ce titre, qu'est-ce faire sinon lui reconnaître dans l'espèce un caractère psychique, un mécanisme mental, lui accorder une origine dynamique ! Donc l'hystéro-épilepsie est inverse de ce que nous entendons par hystérie greffée sur l'épilepsie. Une observation de M. A. Mathieu — que nous résumons — servira de comparaison avec les nôtres qui viendront ensuite, et d'explication.

OBSERVATION XLVIII (1)

Hystérie. — Attaques épileptiformes. — Dégénérescence héréditaire. Mélancolie avec idées de suicide. — Hypnotisme.

Le nommé M. H. . . , âgé de 40 ans, entre le 31 août 1891 à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Bernard.

Ce malade a, depuis 14 mois, des attaques absolument épileptiques d'aspect. Elles sont annoncées par une aura sensorielle. Le plus souvent, c'est une sensation lumineuse : il lui passe une couleur rouge devant les yeux ; quelquefois il y a des sifflements ou des

(1) In *Gaz. Méd. des Hôp.* de Paris, 1891, séance du 9 octobre.

bourdonnements d'oreilles. L'attaque elle-même débute par un grand cri ; le malade pâlit et perd immédiatement connaissance. Après une courte phase tonique, il commence à se débattre violemment. La face est violacée, turgescence. Il vient de l'écume à la bouche, et cette écume est parfois teintée de sang. L'attaque dure ainsi pendant quelques minutes. Après l'attaque, M... s'endort d'un sommeil pesant. Le lendemain il a la tête lourde, il roule des idées noires.

Ces attaques se reproduisent assez régulièrement tous les 8 à 10 jours. Elles se montrent assez souvent le soir ou même la nuit.

On n'hésiterait pas à diagnostiquer des attaques d'épilepsie franche, si on ne trouvait chez cet homme des stigmates caractéristiques d'hystérie, et, au début des accidents épileptiformes, une vive secousse physique et morale.

En effet c'est à la suite d'une chute accidentelle violente il y a 3 ans, que M... commença à éprouver des vertiges, des étourdissements, puis de la perte de connaissance, et un jour chute soudaine sur le sol. Les attaques convulsives survinrent en juin 1890. A son entrée à l'hôpital on a relevé une hémianalgésie droite avec conservation de la sensation du contact et de la température, une hémiparésie du même côté, de l'abolition du réflexe pharyngien, et un rétrécissement concentrique du champ visuel. En outre : diminution de la mémoire, de la céphalée (pas de syphilis antérieure), une phobie particulière, consistant dans la crainte qu'avait le malade de tomber dans la rue s'il ne cheminait pas le long des maisons, un tic de la face caractérisé par un froncement brusque du front et des sourcils, enfin des idées tristes et de suicide.

« J'ai, dit M. Mathieu, essayé de la suggestion thérapeutique, sans succès d'ailleurs, mais je n'ai peut-être pas su suffisamment insister ; je n'ai peut-être pas été assez persévérant ; je n'ai obtenu d'amélioration que pour la mélancolie et les idées de suicide.

Il me paraît certain, continue-t-il, que les attaques convulsives, bien qu'elles reproduisent absolument les traits de l'attaque épileptique, doivent être considérées comme de nature hystérique. Elles sont, en effet, survenues chez un homme de 38 ans, à la suite d'une vive émotion qui a provoqué l'apparition d'accidents hystériques. Les attaques épileptiformes, il est vrai, ne se sont pas montrées immédiatement après l'accident et l'émotion que nous avons rapportés ; mais on a vu survenir immédiatement une série ininterrompue de crises de petit mal inconnues jusque là.

Pourquoi l'hystérie qui simule tout (Charcot) ne simulerait-elle pas trait pour trait l'attaque épileptique ? L'existence d'un violent choc moral et physique comme dans le cas présent, la présence de stigmates non méconnaissables d'hystérie, constituent des points de repère d'une valeur très grande, sinon absolue. On peut concevoir toutefois l'absence de stigmates chez un hystérique. Comment établirait-on alors le diagnostic différentiel entre l'épilepsie vraie et la pseudo-épilepsie hystérique ? N'a-t-on pas confondu parfois l'hystérie à manifestations épileptiformes avec l'épilepsie ? N'est-ce pas précisément une épilepsie de cet ordre que l'on a pu guérir par la suggestion ?

Evidemment la suggestion bien dirigée, et avec persévérance, de l'aveu même de M. Mathieu, eût guéri certainement le malade de ses accès épileptiformes. Le traitement dynamogénique psychique, le traitement suggestif, telle est l'arme de diagnostic à employer dans l'incertitude entre les accès d'épilepsie et d'hystérie. Si hystérie, guérison, si épilepsie, échec, soit que les attaques convulsives hystériques aient lieu chez un épileptique, soit qu'épileptiformes elles se produisent chez un hystérique. Traitement et diagnostic sont confondus, et c'est la guérison qui pose le diagnostic exact. M. le Professeur Bernheim insiste avec raison sur cet excellent moyen de dépister l'hystérie, de découvrir cette prétendue grande simulatrice, où qu'elle se trouve, où qu'elle se cache.

Les observations suivantes, récoltées à son service, commentent cette opinion :

OBSERVATION XLIX

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Accès d'hystérie convulsive chez un épileptique alcoolique. — Guérison de ces accès d'hystérie par la suggestion. — Persistance des crises d'épilepsie.

Alphonse L..., 28 ans, brossier. Entre à l'hôpital le 21 mai 1896. Lourde hérédité névropathique — qui sera exposée plus loin ; —

n'est pas marié; accuse d'évidentes habitudes éthyliques, acquises surtout par défaut d'énergie et de résistance vis-à-vis de l'entraînement des camarades d'atelier. Déclare que lorsqu'il avait bu, il était « comme fou ». Enfance nerveuse avec incontinence nocturne d'urine qui a persisté. (3 fois par semaine encore actuellement.)

Il eut sa première crise d'épilepsie à l'âge de 12 ans, la nuit, pendant un rêve. Cette crise fut ainsi caractérisée : chute soudaine sur le sol, perte absolue de connaissance, urines involontaires, convulsions, cris, *amnésie*. Huit jours plus tard, seconde crise identique à la première. Depuis lors, les crises se répétèrent tous les mois jusqu'à l'âge de 16 ans, époque où il entra dans un atelier. Il se mit à boire et les accès devinrent plus fréquents : un, tous les 8 ou 10 jours. D'après le malade, voici de quelle façon ces accès survenaient : comme il se fatiguait à manier un instrument lourd, il sentait soudain venir l'aura, avait des sueurs, puis des secousses, tombait et perdait connaissance. On lui aurait dit qu'il avait ensuite des convulsions, puis que ses bras se raidissaient, se collaient l'un contre l'autre, et qu'enfin il se renversait sur le côté. Il ajoute que ses camarades intervenaient pour qu'il ne se fit aucun mal et que son frère ne lui permit jamais d'approcher d'un fourneau, dans la crainte qu'il ne tombât dans le feu, car assez souvent il tombe brusquement sur la face. Quelquefois il a de l'écume à la bouche et se mord la langue.

Le malade dit que depuis l'apparition de ses crises, il n'a plus « toute son intelligence et que la mémoire lui manque. » En dehors de toute attaque, il lui arrive, la nuit principalement, « de ne plus savoir où il est ». Ou bien il bavarde à haute voix, s'agite, renverse son lit. Au réveil, il ne se souvient de rien. Il avoue que depuis l'âge de la puberté, il se livre à l'onanisme, qu'il n'a jamais pratiqué le coït, et qu'à l'état de veille il a fréquemment des éjaculations involontaires.

Etat actuel. — Constitution bonne. Malade robuste, bien musclé. Taille petite. Le front bas, les yeux très écartés, le nez aplati à sa racine, donnent au visage une expression bestiale. D'ailleurs le facies est hébété, sillé parfois d'un sourire terne. Le malade répond mal aux questions; sa parole est bredouillante.

Hier soir, à son entrée, pendant qu'on l'examinait, le malade a eu une crise : les yeux sont devenus tout à coup hagards, les mains se sont crispées; le malade a cessé de répondre aux questions, puis la face est devenue vultueuse, la respiration suspicieuse. Le malade a fait de grands mouvements convulsifs, se frappant la poitrine, serrant les poings. Ensuite, du tonisme; le corps ne reposant plus que sur la tête et les bras, le dos en arc de cercle, les jambes levées. Par

suggestion verbale on a pu arrêter instantanément la crise. Mais ayant pressé l'une de ses fosses iliaques, on provoque chez le malade de nouveaux soubresauts, de la constriction à la gorge, etc., toute une seconde crise que l'on enrayer encore séance tenante par suggestion.

Pendant l'état de veille, on ferme les yeux du malade, puis le touche, le pique en divers points du corps, il dit ne rien sentir. On chatouille la plante du pied, le pied se retire, et le malade affirme n'avoir rien éprouvé. Alors on l'endort, il tombe en sommeil profond, et on lui suggère de sentir très bien, une fois réveillé. Au réveil, on constate de l'hypéresthésie.

La vue est normale. Pas de réflexe pharyngien. Les divers organes n'offrent rien de particulier.

Quelques traces de morsure sur la langue.

22 mai. — Pendant la nuit aurait été calme, mais, d'après le voisinage, il aurait eu des vomissements et se serait levé pour se soulager ; le malade ne s'en souvient pas. Ce matin, grande crise d'hystérie semblable à celle d'hier. On arrête, reproduit et dirige cette crise à volonté. Puis suggestion hypnotique, et pendant le sommeil provoqué on affirme au malade qu'il est guéri, qu'il n'aura plus de ces crises, qu'il sera calme, etc. La pression du ventre détermine une ébauche de crise. On dit alors que la pression de la fosse iliaque gauche cause les crises, tandis que celle de la fosse iliaque droite ne produit rien. C'est ce qui a lieu en effet au réveil. Nouvelle suggestion hypnotique. Au réveil, le malade rit et se dit guéri.

23 mai. — A bien dormi. Pas de crises. Ce matin, pendant la lecture à haute voix de son observation, en entendant énumérer les symptômes qu'il a présentés, il est repris d'une nouvelle crise d'hystérie qu'on refrène par suggestion.

26 mai. — N'a plus eu de crises d'hystérie depuis deux jours. Suggestion.

27 mai. — Hier soir aurait eu une crise nerveuse que l'on pense être d'épilepsie. Durée : 10 minutes, chute violente sur le sol, convulsions, mouvements toniques, stertor, urines involontaires, *aucun souvenir* de cette crise.

1^{er} juin. — A eu pendant la nuit deux attaques d'épilepsie. Depuis six jours pas de crises d'hystérie. La pression du ventre ne les réveille pas.

12 juin. — Durant cette semaine, a eu environ une crise d'épilep-

sie tous les deux jours, *sans hystérie*. Urine souvent au lit. Bromure.

15 juin. — Hier, crise d'épilepsie après laquelle persiste un état d'agitation. Le malade fait entendre des récriminations contre la société, émet des idées de suicide, crie qu'il n'est qu'un pauvre fou. On l'apaise peu à peu, assez aisément, par simple persuasion.

16 juin. — Ayant reçu la visite de son frère, épileptique comme lui et alcoolique brutal, qui l'a incité à sortir de l'hôpital, il est dans un état de surexcitation assez marquée.

28 juin. — Va bien, il est calme, mais continue à avoir des attaques d'épilepsie et à uriner au lit. *N'a eu aucune crise d'hystérie depuis un mois.*

Le malade est resté au service jusqu'au 4 novembre. Durant ce laps de temps nous avons eu occasion de le voir presque tous les jours. Il n'a *pas eu de crises d'hystérie*; son épilepsie a continué, un peu atténuée dans sa fréquence par une hygiène bromurée. Ces crises d'épilepsie, souvent nocturnes, revenaient tous les 8 ou 10 jours.

C'est, entraîné par un camarade, qu'il a quitté l'hôpital. Nous croyons que son absence ne sera pas de longue durée, car les excès auxquels il se laissera aller, provoqueront sa réintégration à bref délai.

OBSERVATION L

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Accès d'hystérie convulsive chez une épileptique. — Guérison de ces accès par la suggestion.

Justine L..., sœur du précédent, 23 ans, culottière. Entre le 20 mai 1896. Mariée depuis quatre ans et demi, sans enfants. Elle eut sa première crise d'épilepsie, il y a quatre ans, avec morsure de la langue, urines involontaires, écume à la bouche, amnésie. Quinze jours plus tard, second accès. Depuis lors, elle a eu d'abord de ces crises tous les 2 ou 3 mois environ, ensuite, tous les 8 jours depuis 3 semaines.

Etat actuel. — Même taille, même aspect, même front bas, même regard que le frère. L'écartement des yeux est chez elle également assez notable. L'arcade sourcilière gauche porte la marque d'une contusion qu'elle se fit durant sa dernière attaque d'épilepsie. Elle

paraît plus intelligente que son frère, répond mieux aux questions, mais présente un caractère sournois et méfiant. Elle porte sur la langue des traces de morsures anciennes. Sensibilité normale. Le réflexe pharyngien existe. Pas de troubles visuels. La malade se plaint de céphalées et de sensations de boule à la gorge.

Hier à son entrée, la malade a eu une crise d'hystérie pendant qu'on l'interrogeait. Elle a cessé de répondre aux questions, a été prise d'une respiration stertoreuse, de cornage laryngé, sans perdre connaissance, puis elle a eu du délire, a prononcé des phrases incompréhensibles, a appelé son mari, a saisi sa tête entre ses deux mains, et a eu du tremblement généralisé. On tente d'arrêter la crise. La malade, d'abord peu docile, cesse enfin de crier et de trembler. Les mains restent contracturées. On abandonne la malade à elle-même. La crise recommence. A deux reprises on l'atténue et l'arrête définitivement par suggestion.

21 mai. — Ce matin, pendant un interrogatoire, la même crise que la veille se produit. En pressant l'épigastre, on provoque des contractions abdominales, puis des convulsions généralisées avec grands cris et hallucinations. Au bout de quelques instants, tout rentre dans le calme et la malade ne se souvient de rien. Elle garde quelques instants encore un état de subdélire avec respiration hâletante, irrégulière et répond mal aux questions. De plus, elle résiste à la suggestion. Cependant, en insistant, on parvient à l'endormir en sommeil profond.

22 mai. — La pression du ventre en n'importe quel point détermine une crise. Suggestion hypnotique. Pendant le sommeil suggéré, ébauches de crises qui n'aboutissent point. On affirme à la malade qu'elle est guérie de ces sortes de crises, qu'elle est calme, etc.

24 mai. — La malade n'a pas eu de crises d'hystérie depuis avant-hier. Son caractère méfiant la porte à des discussions aigres avec ses voisines, avec la religieuse de la salle. Elle se plaint sans cesse.

22 juin. — Durant un mois, a eu 6 crises d'épilepsie vraie avec chute sur le sol, convulsions, clonisme, tonisme, stertor, *amnésie* et hébétude. N'a *pas eu de crises d'hystérie*. Elle-même, elle fait la différence entre les deux genres de crises, et reconnaît qu'elle est guérie des dernières. Néanmoins, elle continue à se plaindre, a des douleurs vagues. Elle a subi la suggestion hypnotique presque tous les jours.

Elle quitte l'hôpital.

26 août. — Le frère, demeuré au service, nous confie que sa sœur n'a plus eu de crises d'hystérie, mais qu'avec son mari elle a repris ses habitudes alcooliques.

Il est intéressant de compléter ces deux observations par un exposé familial :

GRAND-PÈRE		GRAND'MÈRE.		GRAND-PÈRE.		GRAND'MÈRE.	
Vif, colère.		Nerveuse.		Alcoolique.		Hystérie convulsive.	
ONCLE.		PÈRE.		MÈRE		TANTE.	
Epileptique.		Alcoolique, épileptique.		Hystérique, épileptique.		Epileptique.	
COUSIN.	FRÈRE.	FRÈRE.	LE MALADE	LE MALADE	FRÈRE.	SŒUR.	
Epileptique.	Epileptique.	a de	(Obs. XLIX)	(Obs. L)	Epileptique.	† avait	
	† à l'asile	petites crises	Hystérique	Hystérique		des crises.	
	de Maréville.	(?)	et	et			
			épileptique.	épileptique.			

Nos deux malades, ainsi qu'on peut le voir, ont de qui tenir leur névropathie. Ils appartiennent à une famille dont douze membres — eux compris — sont hystériques et épileptiques. Leurs habitudes éthyliques augmentent encore la portée significative de cet héritage, habitudes dont ils ne peuvent être déclarés totalement responsables, cette même hérédité les dotant d'une forte dose d'impulsivité, d'impuissance à résister à des sollicitations souvent désastreuses. S'étant composé une individualité psychique merveilleuse, très propice, ils exaltent la moindre impression, et la tournent incontinent en acte. Le développement de ce qu'on appelle convulsions hystériques, c'est-à-dire de troubles dynamiques moteurs, semble ainsi naturel; ces troubles dynamiques, idéo-moteurs, ont été corrigés par l'idée, la suggestion.

L'épilepsie essentielle a continué de se manifester par des accès le plus souvent nocturnes, contre lesquels les moyens d'action sont jusqu'à présent inefficaces.

Une troisième observation d'hystérie convulsive greffée sur de l'épilepsie essentielle a trait à une malade bien connue de tous, et qui se trouve dans le service de M. le Professeur Bernheim depuis 3 ans.

OBSERVATION LI

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM et résumée.)

Crises d'hystérie convulsives chez une épileptique. — Guérison de ces crises par la suggestion.

Marie L..., âgée de 27 ans, domestique. Entre le 7 novembre 1893.

Elle a séjourné, il y a deux ans (1891), à l'hôpital, pour un début de tuberculose pulmonaire. En avril 1893, elle accoucha à la Maternité. Quinze jours après ses couches, elle aurait eu une crise nerveuse qui fut considérée comme étant de l'épilepsie ; pendant quatre mois elle fut traitée par des douches ou du bromure. La première crise aurait été, pendant deux jours, précédée d'étouffements. La malade raconte avoir éprouvé, trois jours avant d'accoucher, une violente frayeur à la vue d'une voisine en accès d'éclampsie. Elle ne s'est jamais mordu la langue. Deux ou trois fois elle aurait perdu ses urines involontairement. Amnésie, fatigue, lourdeur après la crise.

Hier (8 novembre 1893), la crise débuta par de la céphalalgie, de l'obnubilation, des étouffements. Pas de sensation de boule. *On ne peut faire se souvenir* la malade de ce qui s'est passé.

État actuel. — (Novembre 1893.) Constitution moyenne. Tempérament mixte. La face s'injecte facilement. Ne tousse ni ne crache. Apyrexie. Pouls régulier, assez ample. La pression des fosses iliaques ne provoque rien. La sensibilité à la douleur paraît moindre dans tout le côté gauche. Le tic-tac de la montre n'est pas perçu de l'oreille gauche. Sensibilité gustative également diminuée à gauche. Troubles visuels : rétrécissement du champ visuel, léger degré d'hypermétropie (+ 1 D), et acuité de 1/6 à droite et de 1/3 à gauche. La malade dort assez bien la nuit, sauf dans les moments voisins des

crises. Il y a deux mois, elle ne put uriner seule, on dut la sonder pendant plusieurs semaines.

Pendant les mois de novembre, décembre 1893 et janvier 1894, la malade a subi des crises presque tous les 2 ou 3 jours, parfois deux crises coup sur coup dans la même journée. Ces crises variaient de caractère et d'intensité. Il y avait toujours perte de connaissance, souvent de l'écume à la bouche, quelques convulsions, de la céphalée et de l'obnubilation prodromiques, parfois de la contracture ; une ou deux fois, du vertige épileptiforme constituait tout bonnement l'accès. L'amnésie postérieure à la crise était presque constante. La malade a été soumise au traitement bromuré. En janvier, elle a eu une poussée de grippe, avec points de côté, respiration rude et de la fièvre.

Le 13 février, on a essayé pour la première fois la suggestion hypnotique. Le sommeil a été obtenu facilement. Pendant le sommeil, la malade est hallucinable. On lui suggère la disparition de son hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Et au réveil, elle a recouvré sa sensibilité complète. C'est alors qu'elle a présenté des crises convulsives d'allure nettement hystérique. Ces crises ont pu être reproduites par suggestion ; même par pression d'un point quelconque de l'abdomen avec affirmation qu'il va se faire une grande crise avec grande agitation désordonnée, grands mouvements en arcs-de-cercle, etc. Le 7 juin 1894, on détermine cet accès de *grande hystérie*. Puis on l'arrête systématiquement en pressant sur un autre point abdominal.

Les attaques d'épilepsie, souvent nocturnes, ont continué indépendamment des convulsions hystériques qui prirent d'ailleurs bientôt fin. En août, septembre et octobre 1894, la malade a subi six crises d'épilepsie franche avec amnésie complète. En novembre, grippe avec bronchite.

Depuis lors, pendant l'année 1895 et l'année 1896, Marie L... n'a cessé d'avoir ses crises d'épilepsie. Les convulsions hystériques n'ont plus reparu.

Eminemment suggestible, cette malade est très hallucinable et bonne somnambule. Elle a pu fournir des démonstrations convaincantes aux assistants de la clinique ; nous l'avons vu un grand nombre de fois. Très malléable à la voix de M. le Professeur Bernheim, elle réalisait aisément toutes les idées qu'on déposait dans son cerveau par suggestion verbale. L'émotion lui cause encore des accès de suffocation, du tremblement, des ébauches de crises convulsives hystériques, qu'il est facile de réprimer par suggestion. Donc l'épilepsie subsiste, mais dépouillée de l'apparat hystérique qui

n'était qu'une sorte de trompe-diagnostic. Contre cette épilepsie dont la malade disait pressentir parfois les auras, on avait dirigé la suggestion de pouvoir faire inhibition à l'éclosion de l'accès. Inutilement.

Le traitement suggestif est continué, à l'heure actuelle encore, quand l'occasion en fait surgir la nécessité, quand l'élément nerveux dynamique met en jeu à nouveau l'appareil hystérogène de cette malade épileptique vraie.

Nous estimons que ces trois cas sont démonstratifs, et bien que nous ayons la possibilité d'en exposer deux autres, nous nous en gardons, pour éviter les redites.

D'une manière invariable, il est impossible d'assigner à telle affection organique un champ dynamique nerveux bien circonscrit à la lésion. Ne disons donc point, au sens absolu, qu'il y ait des symptômes nouveaux *locaux* ou diffus surajoutés par l'élément nerveux dynamique à des symptômes préexistants. Le système nerveux est le trait d'union entre les organes, entre les territoires nombreux de l'économie. Abstraction faite du système nerveux, il n'y a plus ni douleur, ni sensation, ni émotion, ni idée. Les symptômes subjectifs sont supprimés. Mieux que cela, les fonctions cessent de s'accomplir. Il semble donc que tout dérive du système nerveux ou, au moins reçoive de lui sa raison d'être. Aussi, lorsque nous parlons de symptômes préexistants imputables à la lésion organique, puis de symptômes nouveaux superposés, nous établissons entre ces deux ordres de symptômes une différence artificielle sur ceci que les premiers résultent directement du trouble organique primitif dont ils sont à la fois la réalisation et l'explication, tandis que les seconds leur succèdent dans le temps. Excitation nerveuse prolongée, répercussion psychique en rapport avec l'individualité et la diathèse nerveuses, qui ayant

des liens très lâches avec le *primum movens* leur donnent un air quasi indépendant, l'apparence d'être greffés dynamiquement sur une lésion organique.

Un symptôme nettement local s'entoure d'une zone douloureuse diffuse. Aussi réunirons-nous en une même subdivision les symptômes proprement *locaux* et les symptômes *diffus* d'ordre dynamique.

b) Les affections viscérales occasionnent, plus que toutes autres, des perturbations nerveuses dynamiques, dont certaines sont susceptibles de disparaître par le traitement psychique.

En première ligne, les maladies du tube digestif.

D'après M. le Professeur Bernheim, la méconnaissance de la suggestion, non seulement dans le domaine de l'hystérie et des névroses, mais encore dans d'autres circonstances morbides, peut conduire à des erreurs. C'est ainsi que pour lui la fixité de la localisation de la douleur de l'ulcère rond est auto-suggérée à la suite de l'intervention du médecin, qui a objectivé au lit du malade les conceptions théoriques qu'on lui a enseignées. Les points douloureux *xyphoïdien* et *rachidien* classiques décrits par Cruveilhier et Brinton sont, dans bien des cas, selon son opinion, dues à ceci qu'un sujet impressionnable ou névrasthénique exaltera la sensibilité naturelle à la pression de son épigastre, si le médecin y retient son attention. La productibilité de ces douleurs par affirmation simple suggestive que projette le médecin au cours de son exploration clinique, leur disparition par suggestion, puis leur reproductibilité à d'autres points voisins, choisis *ad libitum*, prouvent, selon M. le Professeur Bernheim, le peu de spécificité de leur caractère et le cas

relatif que l'on doit en faire dans la diagnose des affections ulcéreuses de l'estomac. Les faits que notre Maître a relatés, et ceux que, sur son conseil, nous avons à notre tour, rapportés, imposeraient un doute quant à la valeur réelle de la douleur dite caractéristique de l'ulcère rond. Exemple d'erreur médicale « entretenue à la faveur d'une suggestion inconsciente (1) », phénomène dynamique douloureux irradié d'une lésion véritable, peut-être même amplification psychique d'une douleur sincère résultant de cette lésion, mais n'ayant ni l'intensité, ni la localisation *si précise en apparence et en réputation, et si arbitraire en réalité* qu'on lui concède.

OBSERVATION LII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM)

Hématémèse. — Troubles dyspeptiques. — Douleur de l'ulcère rond guérie par suggestion.

Joséphine X..., âgée de 29 ans, domestique à Marlenheim, fut traitée il y a deux ans pour une affection pulmonaire qui aurait duré 3 mois. Se trouvant à Strasbourg récemment, elle aurait vomi du sang « plein un pot de chambre ». Le sang était rouge et en caillots. Elle toussa un mois sans cracher, puis ressentit une douleur qu'elle indique à l'épigastre. Elle resta couchée trois mois, ne mangeant presque rien car « tout lui faisait mal ». Ni nausées, ni régurgitations, mais une simple sensation d'oppression à l'épigastre. Elle eut du sang dans les selles. Elle fut mise au régime lacté ; elle prenait par jour 3 litres de lait et des œufs clairs. Il y a quinze jours, elle fut abondamment réglée durant douze jours ; elle raconte qu'au troisième jour de ses règles, comme elle lavait, elle eut froid, un frisson, des sueurs qui l'obligèrent à se coucher. Quand elle se leva, elle eut sa douleur épigastrique, et depuis lors, dès qu'elle mange, elle ressent la même pression douloureuse et chaude à l'épigastre. Actuellement, les règles ont cessé depuis deux jours. Ne tousse ni ne crache.

(1) Bernheim. *Hypnotisme*, voir pages 194-200.

C'est une jeune femme de constitution moyenne, de tempérament lymphatique. Mère nerveuse, père mort d'une maladie de poitrine. Elle jouit d'une grande émotivité. Il y a 4 ans, elle aurait été soignée pour un état de surexcitation nerveuse survenu à la suite de la mort de sa mère.

Température : 37,6. Pouls 120; régulier, rapide, assez ample. Langue un peu grisâtre. Respiration normale. Bruits du cœur nets.

Accuse des douleurs à la pression dans les côtes, et une sensibilité douloureuse depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Douleur également en arrière, au niveau de la colonne vertébrale; cette région a déjà été, dit la malade, explorée par les médecins qui lui ont dit qu'elle avait un ulcère. « Dès que j'ai mal à l'estomac, dit-elle, ça me correspond maintenant là derrière; et puis, ça brûle, ça ronge. »

Impressionnabilité très marquée. Si l'on touche l'épigastre, la respiration devient haletante. Insomnie depuis 15 jours à cause de la douleur. Appétit presque nul. Pas de constipation. Selles régulières, normales.

La malade est mise au régime lacté.

La malade est docile à la suggestion hypnotique. Elle tombe en sommeil profond.

31 janvier. — Se plaint depuis hier soir d'une douleur très vive au rebord costal antérieur gauche, que l'on explora hier matin. Céphalée. Anorexie.

1^{er} février. — Suggestion. Sommeil profond. N'a plus de céphalée.

3 février. — Suggestion hypnotique hier. Ce matin la malade a grand appétit et n'a plus mal.

4 février. — On fait de la suggestion à l'état de veille. La malade qui a bien dormi cette nuit n'a plus aucune douleur. Un instant, pendant le sommeil provoqué ensuite par suggestion hypnotique, on lui suggère la réapparition de sa douleur rachidienne rongearite, transperçante; la douleur réapparut au réveil. On l'efface de nouveau par suggestion.

5 février. — Va bien. Mange et dort bien. Suggestion.

6 février. — Quelques céphalées. Suggestion.

7 février. — N'a plus ni céphalées, ni autres douleurs.

10 février. — Sort.

13 février. — La malade, sortie lundi, a eu de nouveau de la

céphalalgie, mardi matin, avec localisation frontale, mais n'a plus eu de douleurs d'estomac. Elle rentre au service. Suggestion hypnotique difficile.

15 février. — Elle raconte que ses maux de tête sont dus à une altercation qu'elle eut, à la maison, avec son beau-frère.

22 février. — Va bien..Suggestion.

29 février. — Sort.

De l'étude que M. le Professeur Bernheim a faite de cette malade, nous rapportons les aperçus ci-après :

« D'abord l'hématémèse. Elle est généralement symptomatique ou d'un cancer de l'estomac, ou d'un ulcère rond, exceptionnellement elle est concomitante au flux menstruel, et se présente dans l'hystérie. Puis la douleur. Chez notre malade la douleur dorsale existe en plus de la douleur à la pointe du sternum, seulement cette douleur est étendue, dans le cas particulier, jusqu'au rebord costal des deux côtés ; le médecin qui l'a bien examinée a cherché la douleur et le lui a dit. Or l'épigastre est *naturellement* sensible ; il l'est plus encore chez les impressionnables nerveux et chez les dyspeptiques à hémorragies. On peut alors facilement créer une *douleur fictive*, surtout si l'on recommande à la malade de ne pas frotter l'endroit ci-dessus indiqué, puisque, ce faisant, on attire son attention. C'est donc là un fait d'auto-suggestion douloureuse.

N'était la gastrorrhagie, dans notre cas, on pourrait alors croire à une névrasthénie stomacale. En fait, il y a un état névrasthénique effectif ; et c'est l'empreinte médicale qui l'a causé ainsi que la douleur ; mais il y a un maximum douloureux là où soi-même on précise un point. En effet, depuis qu'on l'a examinée hier (30 janvier) et tâchée, elle a une douleur, ce matin, au rebord costal.

Mon diagnostic est donc : ulcère rond avec névrasthénie douloureuse et tuberculose pulmonaire au début. » (Conférence clinique du 3 janvier 1896).

Pour la tuberculose ce diagnostic n'a pas été confirmé dans la suite ; car M. le Professeur Bernheim a revu cette jeune femme au mois de décembre 1896. Elle se portait à merveille, n'avait aucun signe de bacillose pulmonaire et n'avait plus, depuis sa sortie de l'hôpital, souffert de son estomac. Enfin elle s'était mariée, et même portait des espérances, dont la réalisation paraissait imminente.

OBSERVATION LIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERNHEIM)

Accès de coliques intestinales idiopathiques faisant croire à l'existence d'un ulcère rond du duodenum et guéries par suggestion.

M^{me} H. . . , 36 ans. Mariée depuis 5 ans, sans enfants. Très anémique à l'âge de 24 ans. Faible, nerveuse, impressionnable.

Elle eut des coliques hépatiques, il y a 12 ans. Le premier jour de ses accès, on lui fit neuf piqûres de morphine. Ictère passager le lendemain. Depuis, rien. Elle digère bien ; elle a souvent des coliques d'estomac qui l'obligent à retirer son corset, des renvois gazeux pendant un quart d'heure après le repas, sans régurgitations aqueuses. N'avait plus rien ressenti depuis 18 mois.

Le 8 juin dernier, ayant perçu à la messe une odeur de violette qui lui est désagréable, elle fut prise, séance tenante, d'une douleur aiguë au creux de l'estomac et de coliques. Rentra chez elle, la colique disparut au bout d'un court instant. Après diner, nouvelle crise douloureuse de l'estomac. Elle se tordit, se courba en avant, pleura. Cela dura environ cinq minutes. N'eut pas de vomissements, ni d'autres symptômes. Mais il lui resta au ventre une sensation de pesanteur. Depuis, elle ressent tous les jours une douleur débutant dans l'hypochondre droit, tournant sous l'angle de l'omoplate, et durant d'une demi-heure à quatre heures. Cette douleur quotidienne persista 3 mois ; survenant à minuit elle réveillait la malade qui prit alors de la quinine, à 10 heures du soir, pour la prévenir. La douleur d'abord sourde, devint aiguë, pénétrante, et disparaissait chaque

fois subitement. Souvent la malade eut deux crises la même nuit. Habituellement, cette dame était constipée.

Son médecin diagnostiqua un ulcère rond du duodenum et prescrivit un traitement et un régime spéciaux, sans succès. Elle est venue alors me trouver et en huit séances de suggestion je lui ai atténué, puis totalement enlevé sa douleur.

Ceci se passait en 1894. Deux ans se sont écoulés. D'après des nouvelles reçues récemment, la malade se porte très bien et n'a plus ressenti ses douleurs.

Ainsi le médecin qui diagnostiqua « ulcère rond du duodenum » obéit en cela à un tracé de symptômes qu'en sa mémoire il portait stéréotypé. Il ignorait l'élément suggestif. Bien plus, il sema dans l'esprit de la malade cette idée qu'elle avait un ulcère, qu'elle était donc gravement atteinte. Du coup, le champ douloureux ne fit que s'étendre. Des coliques légères se transformèrent par auto-suggestion, par exagération dynamo-psychique, en véritables crises, aussi violentes que les accès de colique hépatique, que la malade avait eus huit ans auparavant, et au retour desquels on aurait pu croire, si leur récurrence régulière, quotidienne, presque machinale, l'absence d'ictère n'avaient éloigné ce diagnostic.

Sur une simple dilatation d'estomac le dynamisme nerveux peut accrocher des phénomènes douloureux, susceptibles de disparaître par suggestion. Il va être question d'une alcoolique dilatée, qui fut victime d'accès douloureux diffus, paroxystiques.

OBSERVATION LIV

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Néropathie locale chez une dyspeptique dilatée.

Marie K..., 38 ans, servante de brasserie, entre le 2 décembre 1896.

Célibataire, vit seule. Il y a quatre ans, douleurs articulaires qui

durèrent 4 mois. Il y a 2 ans, à la suite de fatigues de toutes sortes, comme elle lavait, elle ressentit soudain une douleur vive dans le dos, dans la région lombaire, surtout à gauche, se propageant en avant, remontant jusqu'au sein gauche. Palpitations concomitantes. Ces crises douloureuses ont depuis lors réapparu fréquemment, surtout la nuit, ou sous l'impression du froid.

Elles s'irradient en demi ceinture gauche, avec « coups de canif » sous le sein gauche. Digestion difficile. Ballonnement. Depuis 3 mois, les douleurs ont été en augmentant. La malade est restée 8 jours dans un service voisin où elle fut traitée d'hystérique et de comédienne, et où on lui fit un lavage d'estomac. Elle avoue des excès de boisson antérieurs.

Etat actuel. — Face boutonnée d'acné. Constitution moyenne. Appétit bon. Eructations après les repas. Langue légèrement grislâtre. Vomituritions presque tous les jours depuis deux ans, dégoût pour les légumes. Alternatives de constipation et de diarrhée. Pas de pyrosis. Ni coliques, ni crampes. Insomnie. Pas de céphalées. Rien d'anormal au cœur, ni aux poumons. Clapotement stomacal jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La sonorité stomacale, à la percussion, descend jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les douleurs partent de la hanche gauche, vont vers l'hypogastre, et de là remontent sous le sein gauche. Si la malade vomit, la douleur cesse. Elle cesse aussi spontanément.

La malade est bien réglée.

Traitement. — Suggestion hypnotique difficile. Suggestion matérialisée ; électrisation deux fois par jour par des courants induits de l'épigastre et de l'abdomen. Régime.

Le 11 décembre. — La malade qui a été électrisée pour la 1^{re} fois, se trouve mieux, dort bien la nuit.

Le 12 décembre. — Les douleurs n'apparaissent pas. Journée calme. Le traitement est ainsi continué une quinzaine de jours au bout desquels la malade bien améliorée, douée d'appétit, quitte l'hôpital.

Au cas particulier, la dilatation d'estomac chez une éthylique avérée constituait un locus minoris resistentiæ remarquable, pour la fixation de troubles nerveux dynamiques. Il y avait un fond morbide réel sur lequel

l'élément nerveux sensitif a brodé ses variations douloureuses.

D'ailleurs les plexus nerveux viscéraux, si nombreux, fournissent des points d'irritation, qui aboutissent à des impressions psychiques, à des auto-suggestions, à des symptômes douloureux ou moteurs. De ce dernier genre sont certains vomissements liés à des états dyspeptiques, certains troubles nerveux liés aux affections utérines.

OBSERVATION LV

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Vomissements chez une dyspeptique, névrasthénique, guéris par suggestion.

Marie Tor..., âgée de 36 ans, cigarière, entre au service le 5 janvier 1897. Elle est d'un tempérament nerveux très marqué. Elle se plaint de douleurs épigastriques, avec sensation de constriction à la gorge parfois. Depuis le 1^{er} janvier, elle vomit tout ce qu'elle prend, même le lait et la limonade, sitôt après l'ingestion. Elle est venue il y a deux ans au service pour la même maladie ; les symptômes furent les mêmes, elle sortit guérie. Pas de maladie antérieure, sauf la fièvre typhoïde dans son enfance. Pas de contrariétés ni de fatigues physiques. Elle est habituellement constipée ; sa digestion a presque toujours été difficile ; après manger elle avait des nausées.

Le jour de son entrée, elle avait un léger mouvement fébrile (38) qui a cessé le lendemain. La langue est chargée. Dès qu'elle a mangé, elle a presque tout de suite deux ou trois renvois aigres, des nausées, puis elle vomit. Les tiraillements épigastriques survivent à chaque vomissement. Jamais eu ni hématemèse ni melaena. Quelques coliques légères.

Le ventre est d'aspect normal. A la pression, douleurs vagues ; sensibilité exagérée au creux épigastrique. Pas de dilatation de l'estomac ; le foie n'est pas augmenté de volume. Respiration et bruits du cœur nets. Réglée abondamment d'une façon régulière.

La malade accuse des douleurs dans tous les membres. Elle a maigri depuis quelque temps. Elle s'énervé avec la plus grande facilité.

Elle a été traitée progressivement par la suggestion hypnotique et à l'état de veille. Les vomissements ont diminué de fréquence. Les nuits, agitées auparavant, sont redevenues calmes. La suggestion est continuée tous les jours. Le 22 janvier, la malade n'a plus vomi. Elle était restée deux jours auparavant sans vomir, sauf une seule fois la veille. L'appétit est meilleur, et la digestion bonne pour tout aliment. A la fin du mois, la malade a quitté le service, ayant repris des forces.

Cette brève histoire montre et l'influence heureuse de la suggestion sur les troubles dyspeptiques et la qualité dynamique de certains d'entre eux greffés sur une dyspepsie vraie. L'importance de pareils symptômes nerveux dynamiques est qu'ils peuvent déterminer un mauvais état général, amaigrissement, déchéance physique, qui ouvrent accès aux infections diverses. La thérapeutique suggestive empêche cette importance de prendre un caractère grave.

Nous étudierons, ensuite, les troubles nerveux, à point de départ utérin, mais développés sur une individualité psychique favorable, et justiciables d'une médication suggestive.

Le dynamisme psychique, actionné par une impression venue d'une lésion interne, dessine, selon la modalité individuelle, soit des symptômes sensitifs, soit des symptômes moteurs. Parfois il arrive que la cause étant supprimée, l'impression incarnée cérébralement subsiste, et avec elle, les manifestations à qui elle a donné lieu ; le chirurgien fait une hystérectomie ou un curettage, et les désordres nerveux survivent à ces opérations. Cela ne confirme-t-il pas leur nature dynamique, leur essence psychique ? Le traitement approprié combattra seul avec efficacité de tels phénomènes, remédiera à cette désorganisation fonctionnelle régie par une habitude nerveuse.

OBSERVATION LVI

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Douleurs abdominales, impotence fonctionnelle, tremblement des membres inférieurs, à la suite d'accidents d'origine puerpérale.

Catherine S..., couturière, âgée de 39 ans, est entrée le 30 avril 1896, à l'hôpital, pour ses douleurs abdominales.

Mariée, mère de deux enfants. A la suite de ses premières couches, elle serait restée couchée trois mois pour, dit-elle, remettre les ligaments de la matrice. Il subsista une douleur au niveau de l'ombilic que réveillaient les moindres fatigues. Les secondes couches furent bonnes, mais suivies de douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle eut de la fièvre à cette époque (38°,5) et s'alita dix-huit mois.

Selon toute probabilité, eut une salpingite pour laquelle elle subit, pendant six mois, 7 vésicatoires, 14 sangsues et des cataplasmes à profusion. Et la douleur cependant persistait à droite. Elle fut ensuite cautérisée 23 fois pour une ulcération du col. Le médecin traitant lui permit de se lever; elle se leva, vaqua aux soins du ménage avec bien des précautions, mais regagna sa douleur (le 18 avril 1895), en soulevant des seaux d'eau. Depuis lors, elle a gardé le lit, car dès qu'elle essayait de marcher, la douleur réapparaissait très vive, comme une sensation de pincement, de brûlure même, s'étendant depuis l'aîne droite jusqu'à l'épigastre irradiant vers les lombes. Elle prit successivement de l'antipyrine, de l'exalgine, du chloral bromuré, etc., sans effet salutaire.

En juin dernier (1895), la malade aurait eu une névralgie intercostale (?) longeant le rebord costal droit, et donnant lieu à de la constriction laryngée et à des nausées.

La malade dit que sa mère avait des crises d'hystérie.

Etat actuel. — Constitution bonne. Tempérament mixte. Face pâle, anémiée; muqueuses peu colorées. Apyrexie. Pouls ample, régulier 104. Langue nette. Thorax bien conformé. Bruits du cœur fréquents. Digestion assez bonne. La malade se plaint d'une « lourdeur qui monte du creux de l'estomac vers la gorge, comme si on tirait les nerfs » (*sic*). Insomnie depuis quelques semaines.

Ventre assez souple. Rien à la palpation. Accuse une douleur aiguë dans la région sus-inguinale gauche, à une pression légère. Elle pousse des cris, à une pression plus accentuée. Par suggestion verbale à l'état de veille, cette douleur peut être localisée en quelque

sorte *ad libitum* ; hier la malade l'accusait spontanément à droite. Au toucher, on constate que le col est élevé, en arrière, dur ; l'utérus est mobile.

Les règles sont régulières, abondantes, durent quatre jours sans caillots. Pas de leucorrhée.

La malade soulève bien les deux jambes, mais en tremblant. Ce tremblement existerait depuis qu'elle est au lit. Trépidation réflexe indéfinie dans le pied droit, à oscillations régulières. Sensibilité normale. Tremblement fibrillaire des muscles de la cuisse, des fléchisseurs et extenseurs des orteils. Rien dans les membres supérieurs.

La malade se tient debout en tremblant, avance à pas lents, la tête penchée en avant. Les plantes des pieds quittent avec peine le sol ; aussitôt elle se plaint d'une douleur à l'ombilic, et marche, le corps raide, comme « empalée ». On l'entraîne, la fait aller plus vite ; elle finit, à force de stimulation, par progresser, en se dandinant. Depuis un an n'a pas marché ainsi. Elle fait trois fois le tour de la salle. Or, on l'amena *sur un brancard* à l'hôpital. Suggestion hypnotique, sommeil profond pendant lequel on lui suggère la disparition de ses douleurs, la force pour aller et venir comme jadis, etc.

3 mai. — Marche. Quelques douleurs abdominales.

5 mai. — Suggestion hypnotique ; pendant le sommeil provoqué on lui dit qu'elle ne doit plus trembler, qu'elle est forte, solide, active, libre de toutes ses misères, etc. Au réveil, elle marche sans hésitation ni tremblement. Le phénomène du pied n'existe plus. Le tremblement des jambes a cessé.

6 mai. — Encore légère douleur au ventre. La suggestion a été continuée pendant plusieurs semaines. La malade, complètement guérie, a quitté le service le 28 mai.

OBSERVATION LVII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Crises convulsives et douleurs abdominales, imputables à une rétrodéviatiou utérine ancienne. Guérison par suggestion.

Fanny E. . . , âgée de 40 ans, fermière, mère de 4 enfants, entre au service le 13 avril 1896.

Dit avoir été toujours nerveuse. Mariée à 21 ans. Un mois après ses premières couches, eut, à la suite d'une contrariété, une crise de nerfs, manifestée par de l'agitation des membres, une sensation constrictive à la gorge. Dix mois plus tard, seconde crise, la malade

se trouvant surmenée par l'allaitement. Puis tomba dans un état de grande faiblesse, prit des bains froids, des ferrugineux, et eut 2 à 3 crises convulsives par jour. Au bout de six mois, ces crises cessèrent peu à peu ; la malade s'occupa activement de son ménage, pour, dit-elle, « ne pas me laisser aller, mais l'esprit travaillait toujours ». Six ans plus tard, secondes couches sans incident ; treize mois après, eut son troisième enfant. Ces troisièmes couches lui ont laissé un prolapsus utérin. Depuis cette époque, elle ressentit des douleurs dans les aines et le bas-ventre, dès qu'elle était debout. Elle fut alors reprise de ses crises nerveuses, très fréquemment, même le soir. Elle aurait eu sa première à 11 heures du soir, des contrariétés de ménage et ses douleurs l'ayant portée à un haut degré de surexcitation. Les crises ont continué et reviennent tous les jours, au nombre de 3 à 6. Ne dort plus, et n'a presque plus d'appétit.

Etat actuel. — Tempérament nerveux. Impressionnabilité très marquée. Face colorée, mobile d'expression. Grande loquacité, regards très vifs. Langue nette. Ne tousse ni ne crache. Bruits du cœur nets. Pas de céphalées. Bien réglée. Leucorrhée abondante. Constipation habituelle ; ténesme vésical, mictions fréquentes.

Au palper, ventre sensible, cependant souple, dépressible. Elle se plaint de douleurs tiraillantes dans l'aine droite. Dès qu'elle marche, elles ressent « des aiguilles » et « des coups de canif » dans l'hypochondre droit. Porte un pessaire. Au toucher, dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse globuleuse, mobile avec l'utérus, et qui n'est autre chose que le fond de cet utérus, placé par conséquent en rétroflexion avec légère latéroflexion droite.

La malade raconte qu'elle a deux espèces de crises : les petites et les grandes ; les premières caractérisées par de l'agitation convulsive des membres avec sensation de boule ; les secondes débutant par une douleur « en coup de canif » brusque dans l'aine droite, qui s'étend au creux épigastrique où elle s'appesantit sous forme d'oppression lourde et angoissante d'une durée de dix minutes environ, qui laisse le sujet anéanti, brisé. Pas d'anesthésie cutanée. Hypéresthésie de toute la paroi abdominale. Pendant l'examen, la malade a une crise : la respiration devient bruyante, laborieuse ; il se fait des secousses dans les membres, puis tout rentre dans l'ordre au bout de deux minutes ; c'est une petite crise.

On enlève le pessaire, mais on provoque des douleurs vives au niveau du cul-de-sac droit.

La malade jouit d'un caractère assez docile, la contradiction n'est

chez elle qu'apparente ; en lui causant doucement, en lui montrant de l'intérêt, elle s'abandonne à conter ses misères, alors qu'au début de la visite elle semblait s'effaroucher et vouloir s'insurger contre toute investigation.

16 avril. — Hier, suggestion hypnotique facile. Sommeil profond pendant lequel on lui suggère la disparition de ses crises et de ses douleurs. N'a pas eu de crises dans la journée. A assez bien dormi de 8 heures du soir à 3 heures du matin, ce qu'elle n'a pas fait depuis longtemps. On peut toucher la région inguinale droite sans provoquer de douleurs. Suggestion. Se sent plus calme.

17 avril. — La malade croit avoir été endormie hier et avant-hier par l'action d'un médicament spécial que M. le Professeur Bernheim aurait dissimulé dans sa main. Dit qu'elle n'est plus nerveuse, qu'il lui reste sa matrice à soigner (*sic*).

18 avril. — Nuit bonne. A été levée hier, a pu marcher. Suggestion. N'a plus eu de crises depuis la première suggestion, mais ressent encore ses « aiguilles » et ses « coups de canif ». Suggestion nouvelle ; on lui suggère pendant l'hypnose qu'une opération n'est pas urgente, pour la guérir, que les douleurs disparaîtront sans cela.

21 avril. — Hier, suggestion. Aujourd'hui, marche, avec quelques douleurs. Pendant l'hypnose, se réveille soudain en sursaut ; on la rendort, et lui suggère qu'elle est calme, n'a plus mal, n'est plus nerveuse.

22 avril. — Suggestion. Pendant le sommeil provoqué, on peut obtenir de la catalepsie rigide. On lui presse le ventre, elle se réveille brusquement. On la rendort, en lui suggérant, cette fois, que le ventre est totalement indolore ; effectivement on répète les pressions sur l'abdomen, la malade ne manifeste aucune douleur.

25 avril. — N'a plus de sensations douloureuses quand elle descend un escalier. Suggestion.

30 avril. — La suggestion a été renouvelée hier et les deux jours précédents. La malade, aujourd'hui, est totalement libérée de ses douleurs ; et sans son pessaire, quitte l'hôpital, contente.

OBSERVATION LVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur BERNHEIM.)

Nécropathie douloureuse consécutive à la puerpéralité, survivant à un traitement chirurgical et guérie par suggestion.

M^{me} M..., débarrasseuse, âgée de 40 ans, entre au service le 13 mai 1890.

Mariée, mère de 6 enfants. Depuis sa dernière couche, qui date de 6 ans, elle est sujette à des étourdissements, avec douleur à l'épigastre qui monte vers la tête dans la « cervelle », tremblement et sentiment de défaillance. Une fois seulement, elle a perdu connaissance ; c'était vers midi, le lendemain elle eut une crise à la même heure, resta endormie cinq minutes. Pendant six mois, plusieurs fois par jour, quand elle faisait un effort, les crises la reprenaient. Le tremblement disparut peu à peu, mais les étourdissements continuèrent, ainsi que les douleurs épigastriques, soudaines et de peu de durée. Puis il y eut accalmie pendant deux ans. Les étourdissements alors réapparurent. La malade fut alors traitée pour sa matrice, que l'on pansa, cautérisa, tamponna, etc., pendant 4 semaines. Puis prit des bains. Les douleurs disparurent. Les règles sont normales.

Mais vers le 15 janvier de cette année, nouveaux étourdissements, obnubilation visuelle, pendant 3 semaines d'une façon continue. Céphalalgie temporale gauche, lancinements douloureux à l'occiput, sensation de froid.

Etat actuel. — Constitution assez bonne. Depuis son entrée, elle se plaint de ses douleurs de tête persistantes, avec 10 à 15 éclairs paroxystiques par jour, durant chacun à peine une minute. Elle accuse en outre une sensation pénible de froid dans le bras gauche, continue sans exacerbation. Peu d'appétit. Constipation habituelle.

Traitement. — Suggestion hypnotique. Sommeil profond. Au réveil les douleurs céphaliques sont moindres.

On constate une zone analgésique dans le bras gauche et dans le côté gauche jusqu'à la 4^e côte. Après nouvelle suggestion, la sensibilité totale reparait.

18 mai. — N'a rien ressenti aujourd'hui. Suggestion.

19 mai. — Les élancements douloureux et la sensation de froid n'existent plus à peine. Suggestion.

20 mai. — A la suite de l'effroi causé par un orage, la sensation de froid et les lancées réapparaissent, avec un peu de constriction laryngée. Après suggestion, la malade se trouve bien.

23 mai. — Au dynamomètre : 22° de la main gauche, 33° de la droite. Par suggestion, on efface la sensation de froid. N'a plus eu de céphalées.

27 mai. — La sensation de froid est revenue au bras gauche qui porte une cicatrice d'une brûlure ancienne au tiers supérieur. Suggestion.

28 mai. — Les douleurs ne sont plus réapparues depuis six jours. La sensation de froid, quoique moindre, persiste. Le malade sort.

OBSERVATION LIX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERNHEIM.)

Hystérie convulsive. — Vomissements incoercibles pendant une grossesse, guéris par suggestion.

M^{me} V..., 26 ans, couturière, entre au service le 27 juillet 1891. Antécédents nerveux héréditaires du côté de la mère.

Réglée à 17 ans. Convalescente d'une fièvre typhoïde, elle vit sa mère victime du feu ; d'effroi elle eut une syncope, avec perte de connaissance. En sortant de l'hôpital où elle vit sa mère (*janvier 1885*), le lendemain matin elle eut sa première crise convulsive. Les crises se renouvelèrent chaque fois qu'elle rendit visite à sa mère à l'hôpital ; le jour de l'enterrement elle eut une crise au cimetière ; le même mois son père mourut à son tour ; le jour de la mort de son père, elle eut cinq crises successives. Puis elle resta un an assez calme. Mais bientôt elle eut de vives contrariétés, les crises réapparurent. Depuis, elles reviennent sous l'influence de la moindre émotion morale ou physique.

Le 4 février 1891, veille de son mariage, elle eut 3 crises ; le jour de la noce elle en eut 9 dont une pendant la nuit.

Il y a cinq semaines, étant allée au cimetière, elle eut une crise sur la tombe de ses parents, et depuis lors, s'offre sa crise tous les jours.

Fin avril, elle a commencé de vomir *tout ce qu'elle avale, sauf les groseilles vertes* ; outre ces vomissements alimentaires, elle en avait quelques-uns aqueux ou bilieux. Ces vomissements se produisaient sitôt après les repas, ou tous les matins, dès qu'elle mettait pied à terre.

Traitement. — La suggestion hypnotique a été facile. On suggère à la malade pendant l'hypnose, qu'elle n'aura plus ni crises, ni vomissements quoi qu'elle mange, qu'elle aura bon appétit, qu'elle sera calme, moins impressionnable, etc.

Cette suggestion a été répétée tous les jours jusqu'au 8 août. L'amélioration s'est manifestée progressivement. Le 31 mai, la malade n'a vomi que son café du matin. Le 2 août a bien mangé, a ressenti une sensation de pesanteur à l'estomac, mais n'a pas vomi. Enfin, le 8 août, elle s'est levée, et calme, guérie, sans avoir eu ni crise, depuis son entrée, ni vomissements depuis neuf jours ; elle quitte le service.

La morale à tirer de ces quatre histoires est qu'il existe d'autres troubles que les troubles nerveux *réflexes*, symptomatiques d'une lésion utérine. Ce sont les troubles qualifiés dynamiques, provocables à deux conditions : une impression douloureuse même peu perceptible, un terrain cérébral spécial où germe alors une idée disproportionnée à cette impression qui la cause. L'auto-suggestion suffit ensuite. De ces deux genres de troubles, les premiers disparaissent après une opération chirurgicale, les seconds sont exclusivement curables par la suggestion.

Nos deux premières malades souffraient véritablement de leur matrice, mais elles se sont auto-suggéré l'impotence fonctionnelle, le tremblement, les crises convulsives, l'hypéresthésie très étendue. Le dynamisme nerveux ainsi défigure les manifestations pathognomoniques vraies.

Chez l'une la parésie résultant de la crainte de se mouvoir, les douleurs éparses que pour un peu l'on traiterait d'imaginaires si c'était là fournir une explication, cèdent à la suggestion. Tous ces symptômes découlaient donc de l'idée. Chez l'autre, incontestable névrosée, l'image psychique continuelle de sa maladie de matrice révolutionne l'appareil hystérogène, agrandit les zones d'hypéresthésie.

Le traitement local n'empêche pas chez la troisième la reproduction des crises douloureuses avec sensation de froid, vertiges, obnubilation qu'avait amenées la puerpéralité. Quant à la quatrième malade, les vomissements, phénomènes sympathiques de l'utérus gravide, acquièrent dynamiquement le caractère d'être incoercibles. La parturition donne aux femmes une individualité

psychique particulière. Physiologiquement les femmes enceintes sont déjà plus impressionnables qu'à l'état normal. Chez beaucoup d'entre elles, cette susceptibilité s'accroît de la pensée de porter en elles un autre être et de l'appréhension instinctive de l'accouchement prochain. La crédulité, la suggestibilité, l'auto-suggestibilité sont plus grandes. Les idées sont suivies du désir impérieux d'être réalisées immédiatement. Il n'est donc pas extraordinaire que des troubles nerveux réels, les vomissements, reçoivent de l'état cérébral particulier de la parturiente une importance auto-suggestive, dynamique, qui par certains processus psychiques, les rend d'abord incessants, puis incoercibles.

Ces deux femmes guérissent par la méthode suggestive.

Plus loin nous verrons l'élément nerveux dynamique dans d'autres affections viscérales, les cardiopathies.

Auparavant, il est intéressant d'étudier son rôle dans quelques infections, vis-à-vis desquelles se produit une réaction nerveuse : la fièvre. Toutes les pyrexies n'évoluent pas sans laisser échapper un indice psychique. L'influence de l'intoxication microbienne, probablement se fait sentir dans les neurones supérieurs du cerveau, tout aussi bien qu'elle pèse sur la chaîne des autres neurones ; le désarroi règne dans les communications fonctionnelles. Les rapports intra-cellulaires sont altérés ; la dynamogénie et l'inhibition sont exaltées ou amoindries ; les idées sont en souffrance ; les sensations sont troublées. La suractivité de la circulation, par inhibition portant sur des vaso-moteurs, retentit sur la nutrition générale, sur la nutrition des éléments nerveux conséquemment. L'individualité psychique est modifiée temporairement ; les sensations actuelles proférant des idées nouvelles sur

les idées déjà anciennes, dérivées de sensations remémorées et fébrilement dissociées, il en résulte *parfois* de la confusion mentale passagère, avec sensations illusoires. Cette déséquilibration momentanée peut être réduite par un traitement dynamogénique, qui restitue le dynamisme utile et rétablit la chaîne fonctionnelle idéo-motrice ou idéo-sensitive.

OBSERVATION LX

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM).

Douleurs nerveuses au cours d'une fièvre typhoïde. — Guérison de ces douleurs par suggestion matérialisée.

Marie M..., domestique, âgée de 23 ans, entre le 27 septembre 1895 au service. La maladie actuelle a débuté il y a 10 jours par des vertiges, céphalées, bourdonnements d'oreilles, frissons, diarrhée, etc. La température oscille entre 40,8 et 39,6 jusqu'au 3 octobre où le thermomètre marque 37,4. Rien de saillant.

Première rechute le 23 octobre, durée 13 jours.

Deuxième rechute le 9 novembre où la température est de 40°.

Le 28 novembre, la malade accuse des douleurs dans les reins. Le 5 décembre, elle dit que la douleur apparaît comme des *coups de marteau* dans les lombes à heure fixe à 2 heures, à 8 heures et à 11 heures du soir, très vive, provoquant de la pâleur du visage et durant une à deux heures. Le 6 décembre, l'application d'un sinapisme *loco dolenti* avec persuasion affirmative que cela fera le plus grand bien abolit la douleur. On prescrit alors un sinapisme préventif qu'elle s'appliquera avant que commence la douleur.

7 décembre. — La malade a eu un sinapisme hier à 2 heures moins un quart de l'après-midi; la douleur lombaire n'est pas venue.

Dorénavant elle mettra deux sinapismes, un l'après-midi, un le soir, et prendra une potion suggestive à la teinture éthérée de valériane, souveraine, lui dit-on, contre ces douleurs.

La malade a fait comme on lui a dit de faire. Elle a pris une cuillerée de sa potion dès qu'elle a senti les « coups de marteau ».

Dix minutes après l'ingestion, ils cessèrent.

Deux jours de ce traitement et les douleurs ont oublié de réapparaître. Après une reprise fébrile qui la retint le 17 et le 19 décembre au lit, cette jeune fille est définitivement entrée en convalescence. Elle est sortie le 1^{er} janvier 1896.

Nous avons déjà dit quelques mots de l'attitude cataleptiforme, apparaissant dans certaines fièvres adynamiques. Il semble que l'intoxication, dans certains cas, se joint au processus fébrile proprement dit pour abaisser l'initiative intellectuelle, cérébrale du malade. Souvent nous avons vérifié ce fait. Mais l'adynamie bien franche n'est pas indispensable pour laisser remarquer l'affaiblissement d'énergie mentale, au moins d'un certain degré.

C'est ainsi qu'en avril 1896, M^{me} B... a été hospitalisée pour une fièvre typhoïde, d'évolution normale, suivie d'une broncho-pneumonie assez grave. Au cours de cette broncho-pneumonie, aucun abattement bien notable, aucune adynamie classique si l'on peut dire. Cependant, la suggestibilité de la malade est plus grande, on fait tomber cette malade, sans résistance, en hypnose ; on obtient de la catalepsie molle.

Si à la faveur des fièvres intenses l'élément nerveux dynamique crée des symptômes douloureux apparemment *sine materia*, si le psycho-dynamisme se laisse amoindrir par elles, certains états névropathiques anciens sont ressuscités par elles encore. Nous n'en donnons pour exemple qu'une névrasthénique de vieille date, recouvrant des douleurs dont psychiquement elle décupla sur l'heure l'importance, à la suite d'une pleurésie.

OBSERVATION LXI

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Troubles dynamiques nerveux consécutifs à une pleurésie chez une névrasthénique.

M^{me} Rose M..., âgée de 43 ans, couturière, entre le 1^{er} octobre 1895 au service avec les signes d'une pleurésie. On constate un épanchement à droite s'étendant à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. La maladie suivit son cours sans qu'on fût obligé d'intervenir par la thoracentèse.

C'est une femme pâle, aux cheveux roux, de constitution débilitée, amaigrie. Antécédents personnels nerveux très marqués : Eut à l'âge de 10 ans des crises convulsives ; puis plus tard eut des syncopes parce qu'à l'église elle avait perçu un parfum d'encens trop violent ; naturellement vive et emportée, ses colères dégénéraient souvent en véritables accès d'agitation avec cris. Elle fut sujette à quelques atteintes rhumatismales après avoir en 1870 séjourné dans des case-mates humides. Enfin mariée, mère de 2 enfants morts, puis veuve, elle souffrit de crampes d'estomac qui la firent mettre, mais en vain, au régime lacté. Elle avait souvent des accès d'oppression thoracique pendant la nuit. Et presque toute sa vie, aurait souffert de douleurs un peu partout.

Elle est excessivement impressionnable. Intelligente, instruite, elle se rend compte et de son état et de son impuissance à maîtriser ses sensations. A des hallucinations nocturnes. Imagination débordante. Pas de céphalées. Aucuns troubles sensoriels.

Actuellement (7 décembre 1895), elle se plaint de douleurs articulaires et autres dans l'épaule droite, le bras droit, les deux genoux, de douleurs vagues au dos, aux reins, là où jadis on lui aurait appliqué des vésicatoires pendant sa pleurésie. En même temps, sensation de froid. Pas d'anesthésie cutanée, pas d'hypéresthésie.

Dit ne pouvoir se tenir debout, ni marcher. Réflexes tendineux normaux. L'auscultation ne révèle plus qu'une inspiration un peu rude à droite en arrière. Bruits du cœur nets. Douleurs éparses dans la région praecordiale. Anorexie. Nausées pour certains aliments. Langue nette. Va bien à la selle. Rétroversion utérine avec métrite ancienne, sans douleurs notables.

Traitement. — On entreprend la suggestion hypnotique pour combattre ces douleurs névrasthéniques auto-suggérées en grande partie.

8 décembre. — On arrive à la mettre en sommeil profond avec catalepsie provoquée ; on lui suggère la disparition de ses maux.

9 décembre. — Idem.

10 décembre. — Les douleurs dorsales et lombaires ont disparu, mais la malade se plaint surtout d'avoir mal aux « saignées » (*sic*) et à l'épaule droite ; d'avoir, après les repas, des douleurs constrictives à la gorge, avec quelques régurgitations aqueuses. Elle aurait un point sensible à l'épigastre. Depuis sa pleurésie, elle est demeurée au lit. On la fait lever et aller ; elle va à pas lents, avec de la raideur dans les membres ; on la stimule de la voix et du geste, lui assure qu'elle peut aller sans crainte ; on l'entraîne ; peu à peu

elle marche plus délibérément et, au bout de vingt minutes d'exercice, parvient même à faire quelques pas en courant. Suggestion hypnotique ; au réveil, elle n'a plus ses douleurs.

Jusqu'en janvier, on a ainsi lutté contre sa névrasthénie mêlée d'auto-suggestion tenace. Un jour, elle allait bien, marchait bien, mangeait bien, n'avait plus de douleurs, était heureuse ; le lendemain, elle était aigrie, acariâtre, ou seulement triste, avait des sensations « de glace » dans l'épaule, des « lancées » dans les reins, des « feux de bengale » dans les yeux, etc., se lamentait, victime de ses impressions.

15 janvier. — M. le Professeur Bernheim affecte de n'être plus aussi attentif à toutes ses plaintes et lui fait électriser le bras pendant trois jours. Le quatrième jour, on l'interroge ; les douleurs, dit-elle, ont disparu pendant l'électrisation. Cette malade demeure encore quelques jours au service, levée toute la journée, allant et venant, ne gardant qu'une seule douleur qu'elle dit « vissée » dans son dos. Elle sort le 24 janvier.

Nous terminons sur cette observation la description du rôle tenu par le dynamisme nerveux dans les fièvres infectieuses. Notre sujet n'en comportait pas une étude plus étendue.

b.) *L'élément nerveux dynamique, greffé sur une affection organique, dénature certains symptômes de cette affection.*

Il exagère en *durée*, en *fréquence*, en *intensité* les symptômes préexistants.

Il est arbitraire de dire si dans un cas donné l'exagération affecte exclusivement l'un de ces trois modes. En réalité elle porte sur leur ensemble inégalement.

Comme types, prenons des affections cardiaques tout d'abord, et des maladies organiques nerveuses ensuite.

Si l'angine de poitrine est exceptionnellement* de nature dynamique, hystérique, lorsqu'elle est de nature orga-

* Voir Observation XXVII in *Hypnotisme, etc.*, de M. Bernheim.

nique, ses crises pathognomoniques chez un prédisposé nerveux se doublent de crises simulatrices, *psychiques* dirons-nous, ou se grossissent de symptômes nerveux auto-suggérés.

Les deux parties de cette assertion s'appuient chacune sur une observation.

Premièrement, des crises psychiques se surajoutent aux crises vraiment symptomatiques d'une lésion cardiaque :

OBSERVATION (1) LXII .

(Résumée.)

Anévrysme de la crosse de l'aorte. — Crises d'angine de poitrine vraies et crises d'angine de poitrine dynamopsychiques.

Anne B. . . , 52 ans, journalière, entre au service de M. le professeur Bernheim, le 23 avril 1893.

Il y a 10 jours, la malade a été prise en marchant d'une violente douleur à la base du sternum, accompagnée d'oppression très pénible et d'irradiations vers les deux côtés de la poitrine, les bras et les jambes qui étaient engourdis et faibles ; elle s'assit vingt minutes. Les douleurs disparurent. Un quart d'heure plus tard, nouvelle crise de ce genre. Dans la même journée, ces crises se renouvelèrent cinq fois. Depuis lors, elles ont reparu chaque jour, sauf le 21 avril. Le 22, la crise dura une heure.

Etat actuel. — Constitution bonne. Tempérament nerveux. Respiration normale. A l'examen du thorax, on constate à droite du sternum dans les 2^e et 3^e espaces intercostaux une voussure d'un diamètre égal à 5 centimètres environ, animée de battements appréciables à la vue et au niveau de laquelle on perçoit à l'auscultation un souffle doux systolique. Pas d'hypertrophie du cœur. On entend à la base le 2^e bruit légèrement renforcé et soufflé.

Traitement. — Suggestion hypnotique du 23 avril au 4 mai. Crises diminuées. Demande sa sortie.

20 mai. — 6 jours après sa sortie, nouvelle crise avec oppressions et pesanteur dans les bras. Une heure après, nouvelle crise. Depuis ce moment, la malade a été reprise souvent dans la journée et dans la nuit de crises analogues. La nuit dernière, elle en a eu trois qui ont duré chacune de 5 à 6 minutes.

(1) In thèse : *De l'Elément psychique*, de notre ami le Dr Hartenberger.

24-25 mai. — Le traitement par la suggestion a été repris. Les crises ont peu à peu diminué de fréquence et d'intensité.

27 mai. — Cinq crises, mais irradiations dans les bras.

28 mai. — N'a plus eu de crises.

30 mai. — Idem. 2 juin. Idem. Va bien. Sort.

Nous avons eu, nous-même, occasion de revoir cette malade au service en mai 1896, comme elle était venue rendre visite à M. Bernheim. Notre Maître appela notre attention sur son cas, et nous dit qu'il avait, l'an dernier, posé le diagnostic de dilatation anévrysmatique de l'aorte avec crises d'angine de poitrine par irritation du pneumogastrique, mais qu'en analysant les sensations accusées par la malade, il avait pensé que sur ce trouble fonctionnel s'étaient greffés des troubles psychiques justiciables d'un traitement suggestif. Le succès de ce traitement a démontré l'exactitude de ce diagnostic.

Interrogeant à notre tour la malade, nous avons appris qu'elle avait eu depuis l'année passée des retours d'accès d'angor pectoris, mais que ces accès étaient moins fréquents et dépourvus partiellement d'un état concomitant de surexcitabilité nerveuse générale ; ce qui nous inclina à croire à la véracité du pronostic posé en 1895 : « chaque crise organique sera suivie d'une série de crises psychiques. Cette femme a, certainement, de temps à autre, des accès d'angine de poitrine vraie, due à son anévrysme de la crosse de l'aorte. Mais son cerveau a enregistré les sensations éprouvées et les répète fréquemment, créant ainsi de toutes pièces des crises copiées si exactement sur les crises véritables qu'un esprit non prévenu les confondrait facilement avec celles-ci. » (Hartenberger.)

Secondement, chez un sujet dont le cerveau est conser-

vateur des impressions, il y a hyperacuité idéo-sensitive des symptômes angoissants réels de l'angine de poitrine, liée à une affection organique du cœur.

OBSERVATION LXIII

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Accès d'angine de poitrine. — Insuffisance aortique. — Exagération psychodynamique des accès.

Alfred B..., âgé de 32 ans, négociant. Vient consulter M. le Professeur Bernheim le 3 décembre 1893.

Dans son enfance eut des douleurs rhumatismales. Syphilis à 19 ans. Marié trois ans après l'accident initial. Père buveur et très emporté. Mère cardiaque et nerveuse. Frère rhumatisant. Deux sœurs névropathes et religieuses.

Historique. — Il y a 3 ans, se trouvant en Berry comme jardinier dans un château, à la suite d'un accident (il aurait été culbuté par une voiture), il éprouva les symptômes suivants : douleur vive, angoissante, épreignante « comme un étau » (*sic*) dans la région du cœur, vers la base, à gauche du sternum, avec irradiations dans le bras gauche, oppression thoracique, détente nerveuse inopinée et émission terminale d'urines abondantes, suivie d'un bien-être appréciable. Pareils accès revinrent tous les jours, avec une intensité plutôt croissante, mais différant un peu de l'accès primitif en ceci que les douleurs étaient généralisées, imprécises, qu'il y avait des irradiations hypogastriques viscérales, musculaires, des fourmillements dans les membres, etc. Le malade successivement prit de l'iode, de la trinitrine, suivit un régime lacté, exclusif, observa une hygiène sévère avec abstention d'alcool et de tabac ; il consulta enfin un spécialiste qui lui dit qu'il n'avait rien.

État actuel. — Bien constitué. Tempérament nerveux. Face pâle, muqueuses décolorées, regard inquiet.

Hypertrophie peu marquée du ventricule gauche. Choc de la pointe. A l'auscultation : souffle diastolique à la base et léger souffle systolique. Pouls régulier un peu bondissant. Pas de battements veineux du cou.

Respiration nette. Appétit excellent. Digestion pénible avec ballonnements du ventre. Constipation habituelle. Urines claires, jaune pâle, sans albumine.

Névralgies, céphalées fréquentes. Douleurs indécises dans les jointures. Légère hyperesthésie cutanée. Caractère vif, très impressionnable. Pâleur à la moindre émotion. Intelligence nette. Le malade a conscience de son état, et s'examine exagérément. On a décrit maintes fois devant lui les symptômes qu'il devait ressentir, on lui a enjoint de suivre une hygiène entourée parfois de précautions puériles, aussi son esprit est-il concentré sur son affection cardiaque.

Traitement. — On lui conseille de faire un travail modéré, mais de ne pas s'abstenir aveuglément de tout exercice physique.

Suggestion hypnotique. Sommeil provoqué assez facilement, pendant lequel on lui suggère que ses douleurs sont moindres, qu'il n'y donnera plus une attention trop grande, qu'il pourra aller et venir sans crainte.

3 décembre. — La nuit qui a suivi la première suggestion a été assez calme.

Le malade vient tous les deux jours se faire hypnotiser. On le soumet à une sorte d'entraînement à l'état de veille. Comme il se plaignait de ne pouvoir marcher que lentement à moins d'avoir ses douleurs, son oppression, on l'incite de la voix et du geste à marcher progressivement un peu plus vite, et à courir. Après la première séance de cet exercice, il reconnaît qu'il ne sent pas sa douleur habituelle. Le 13 décembre il cesse de venir. Nous allons le voir chez lui le 3 février 1896. Le mois de janvier aurait été assez calme ; les crises étaient irrégulières, et n'apparaissaient que tous les 2 ou 3 jours.

Le malade revient à l'hôpital et suit l'ancien traitement suggestif. Si l'on concentre par des questions son attention sur ses douleurs, elles croissent en intensité aussitôt ; si on la détourne, elles diminuent. On fait porter au malade quelques jours, des plaques métalliques *aimantées* suggestives, formées de deux feuilles d'étain, sur la poitrine, après suggestion verbale préparatoire que *cela lui fera du bien*. Les douleurs en effet s'atténuent. La suggestion hypnotique est néanmoins continuée ; on y ajoute l'application de quelques pointes de feu à la base du sternum ; on répète l'entraînement à l'état de veille. Le 13 février cet homme nous dit qu'il se trouve bien mieux ; autrefois, dit-il, j'avais des crises si fortes qu'il fallait quatre hommes pour me tenir. « Voyez, reprend M. le Professeur Bernheim, ce malade a une petite impression aortique, avec point de départ organique réel et cela se traduit aussitôt en des crises violentes, douloureuses, par l'effet de la seule imagination. Le malade écoute sans cesse ses appréhensions ; c'est un visionnaire interne. »

Petit à petit, l'amélioration se fait sentir. La trinitrine et l'iodeure sont un instant suspendus. Le malade dort bien la nuit. Le 25 février, il n'a pas eu de crises depuis quatre jours. Il marche courageusement.

Il revient nous voir le 29 février. Ces jours derniers, il était sorti assez longtemps sans malaise. Les nuits sont bonnes. On répète la suggestion hypnotique, la persuasion verbale et on applique 8 pointes de feu sur la région præsternale. Le malade s'en va satisfait et rassuré.

Le 3 mars nous apprenons par les journaux qu'il a succombé subitement le 2 à son affection cardiaque.

Ce dénouement fatal était à prévoir au cas présent, comme dans toutes les affections aortiques. Il n'infirmait rien le diagnostic de la présence d'un élément nerveux dynamique implanté sur la lésion organique et que nous étions parvenu à amender. L'exaspération psychique de crises réelles, provoquées par une affection vraie organique du cœur, voilà tout ce que nous avons voulu bonnement dépeindre.

Ces manifestations psychodynamiques se retrouvent dans les maladies nerveuses organiques, soit de la moelle, soit des rameaux nerveux. Les lésions spinales, les lésions de névrite s'entourent d'une auréole dynamique, chez les nerveux prédisposés.

OBSERVATION LXIV

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Paraplégie dynamique chez une tabétique. — Guérison par suggestion active à l'état de veille.

Victorine D..., âgée de 30 ans, domestique, est amenée à l'hôpital le 19 janvier 1896. Pas de maladie antérieure sauf syphilis probable. Orpheline.

Elle eut, il y a 6 ans, des douleurs assez vives, passagères, *en éclairs*, dans l'abdomen et les membres. Il y a 22 mois, elle se sentit

faiblir sur ses jambes et un jour trébucha, tomba. Sa vue, son ouïe baissèrent. Elle eut des céphalées frontales lancinantes et brèves. Les nuits furent agitées. On l'électrisa à l'hospice de Liège et on lui donna des ferrugineux à Longwy. Elle a été amenée ici sur un brancard.

État actuel. — Constitution débilitée. Facies pâle, expression triste et misérable, muqueuses décolorées, amaigrissement. La pupille droite est plus petite que la gauche. Réaction faible à l'accommodation, nulle à la lumière ; pas de diplopie. Acuité visuelle : 3 D. Surdité à gauche. Olfaction diminuée. Pas de mouvements fibrillaires de la langue ; parole normale.

Sensibilité thermique et à la douleur conservée. Force musculaire à peine notable. Abolition totale du réflexe rotulien. En forçant la malade à se tenir un instant debout, on trouve le signe de Romberg.

La malade est étendue inerte dans son lit ; elle soulève avec peine les jambes au-dessus du plan du lit, en décrivant des mouvements horizontaux. Elle ne marche pas du tout ; mise debout, elle tombe.

M. le Professeur Bernheim essaye la suggestion à l'état de veille, l'entraînement psychothérapique, l'incitation violente de la voix, du geste, et, dès la première séance, à laquelle nous assistons, la malade se tient sur ses jambes, marche sans trop les lancer et après avoir fait le demi-tour de la salle regagne son lit où elle peut remonter sans aide.

20 janvier. — On fait marcher la malade en la stimulant énergiquement. Elle vacille en frappant du talon et accuse un tremblement général. Pas d'incoordination dans la marche, pas d'ataxie véritable.

23 janvier. — A l'examen ophtalmoscopique, pas d'atrophie de la papille. Douleurs aux jambes.

28 janvier. — Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. La malade marche encore, ne lance pas les jambes, mais marque une certaine raideur.

Elle est restée encore quatre mois au service. Plusieurs fois par la suggestion hypnotique on lui a ôté des douleurs vagues dans les jointures et les flancs.

Petit à petit les troubles de la marche se sont accrus, cette fois véridiques et sincères, car la suggestion était impuissante à les améliorer. En mai 1896, cette jeune femme manquait de tomber à tout instant. Elle est sortie.

Cette observation intéressante expose qu'il s'agissait là d'une faiblesse des membres due à une lésion spinale.

Cette faiblesse était exagérée par l'impressionnabilité du sujet qui portait l'image psychique d'une paraplégie complète.

Or on voit que cette paraplégie n'existait pas encore. Elle se produisit seulement plus tard, en mai.

OBSERVATION LXV

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Paraplégie dynamique. — Névrite.

Marie-Justine R..., âgée de 39 ans, cigarière.

Aucun antécédent nerveux héréditaire. N'avoue pas de maladie antérieure.

Aurait toujours été très impressionnable. Quelques crises convulsives avec cris et suffocation au moment de ses premières règles. Elle subit des contrariétés vives dans sa famille.

Depuis 3 mois ne peut plus marcher, lorsque pour la première fois, en novembre 1895, on l'amène à l'hôpital. Peu de temps avant son impotence fonctionnelle, elle aurait éprouvé de vives douleurs dans les deux jambes, d'autres fois elle aurait tremblé, puis serait tombée. Elle a fait ainsi plusieurs chutes à l'atelier.

On se rappelle qu'elle a eu des crises convulsives, on pense qu'on est en présence d'un cas de paraplégie hystérique. Il n'y a d'ailleurs pas de troubles somatiques frappants.

En quelques séances d'entraînement à l'état de veille et de suggestion hypnotique, la malade est délivrée de sa paraplégie. On lui suggère qu'elle peut marcher sans crainte. Elle marche et quitte le service au bout d'une dizaine de jours.

Mais le 3 mars 1896, elle revient. En décembre, raconte-t-elle, les douleurs vives, lancinantes, se sont reproduites dans les deux jambes, surtout dans la jambe gauche. La marche est devenue de plus en plus pénible. La malade a acquis une grande faiblesse. Actuellement, elle avance lourdement, en vacillant par instants, paraissant n'avoir aucune assurance. Lorsqu'elle est couchée, les jambes se soulèvent bien également au-dessus du plan du lit, avec quelques oscillations horizontales. La jambe gauche est amaigrie, elle mesure dans sa circonférence prise au tiers supérieur deux centimètres de moins que la droite. La sensibilité est conservée; mais il y a un retard dans la perception douloureuse d'une piqure faite sur le thorax

quand la malade a les yeux fermés. On constate de l'analgésie des membres inférieurs. Les réflexes tendineux sont diminués, presque abolis. Les mouvements communiqués se font assez bien. Les pupilles sont égales. Pas de signe de Romberg.

La malade se plaint de fourmillements dans les membres, de rachialgie, de douleur « en étau », de lancinements dans les reins, etc., bref on cesse de la questionner, car on s'aperçoit qu'elle accuse toutes les particularités pathologiques qu'on se plait à lui découvrir.

Après un séjour de trois semaines, la malade sort de l'hôpital. Elle a été soumise au même traitement qu'auparavant. On lui a redonné de la confiance ; elle a fini par marcher assez fermement, mais en fauchant légèrement de la jambe gauche.

En résumé, cette femme, considérée d'abord comme une hystérique simple, a présenté des symptômes autorisant à songer à un début de tabes. M. le Professeur Bernheim s'est rangé, en dernière analyse, au diagnostic de névrite motrice de la jambe gauche avec *hystéricisme* greffé sur cette névrite. Période præataxique du tabes et névrite se concilient fort bien pour quiconque croit à l'origine périphérique du tabes. Quoi qu'il en soit, ce qui nous importait, c'était la paraplégie concomitante, vraiment dynamique, puisque le traitement suggestif en a guéri la malade.

OBSERVATION LXVI

(Recueillie au service de M. le Professeur BERNHEIM.)

Marche rétablie par suggestion dans un cas de névrite d'origine typhoïdique.

Félicien X..., 43 ans, laboureur. Entre le 23 septembre 1896. Fièvre typhoïde, à évolution normale. Le 17 novembre, en convalescence, il se plaint de ne pouvoir marcher. Il n'a pas de douleurs, mais une grande faiblesse dans les membres. On constate une abolition des réflexes patellaires. Le malade déploie des efforts considérables pour lever les pieds. Les mouvements imprimés se font dans leur intégrité. Atrophie des muscles de la jambe droite. Le malade

reste alors confiné au lit, renonçant à marcher, disant qu'il est perdu, qu'il sera un homme inutile désormais.

On pense à une névrite périphérique des membres inférieurs droits, avec paraplégie auto-suggestive. M. le Professeur Bernheim estime qu'il faut réveiller l'initiative de ce malade.

Et le 6 décembre il le soumet à une séance d'entraînement suggestif à l'état de veille, mêlé de suggestion hypnotique.

Au bout d'une heure, le malade peut se tenir debout, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Aujourd'hui (20 décembre) il marche assez bien, va et vient pour ses besoins, et ne se plaint que d'une lourdeur assez pénible dans les membres lorsqu'il descend les escaliers.

Cette courte observation est instructive, car elle nous montre la possibilité d'un champ dynamique s'étendant autour d'une lésion organique et la destruction de ce champ par une médication suggestive active. Il nous serait facile de multiplier ces exemples. Nous nous en dispenserons.

Jusqu'ici nous avons vu l'exagération psychique en intensité, en fréquence, nous allons voir l'exagération en durée d'un symptôme organique. L'élément nerveux prolonge, répète certains troubles anciens.

OBSERVATION LXVII

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Mouvements athétosiques prolongés, améliorés par suggestion.

Victoria C..., brodeuse, 25 ans. Entre à l'hôpital le 17 mars 1896.

Fièvre typhoïde, l'an dernier, suivie de névralgies sus-orbitaires, reparaissant souvent encore le matin et le soir.

Il y a six semaines, des mouvements choréiques, limités à la main droite, au pied droit, et à la commissure labiale droite, apparurent consécutivement à une atteinte rhumatismale au poignet droit, et à une angine. N'a jamais eu de crises de nerfs.

Etat actuel. — Constitution moyenne. Apyrexie. Langue nette.

Pouls régulier, égal. 96. Choc du cœur fort. La pointe bat au cinquième espace sur la ligne mamillaire. Pas de bruits de souffle.

La commissure labiale droite paraît être plus abaissée que la gau-

che. Mydriase de la pupille droite. Secousses fréquentes, tirant la commissure de la lèvre droite en bas et en dehors. Mouvements athétosiques des doigts et des orteils droits. Tantôt un ou trois doigts de la main entrent en flexion, extension, adduction, abduction, tantôt la main entière présente ces mouvements. Les avant-bras n'y participent pas; il n'y a ni pronation, ni supination involontaires. Idem pour le pied droit. Incoordination notable encore dans les mouvements volontaires; la malade écrit assez bien son nom, mais en s'arrêtant fréquemment. L'athétose apparaît par saccades. La malade peut ramasser une épingle. Sensibilité normale.

Au dynamomètre : main droite, 31.

— main gauche, 35.

Réflexes tendineux normaux. Insomnie habituelle. Obsession d'idées mauvaises. Quelques troubles de la mémoire.

Traitement. — Bromure de potassium. Suggestion hypnotique. Sommeil provoqué profond. Pendant l'hypnose, par suggestion orale, on peut atténuer l'athétose.

Sous l'influence du traitement suggestif, continué pendant huit jours, les mouvements ont diminué insensiblement de fréquence et d'intensité. Les idées mauvaises ont disparu. Les nuits furent calmes. Le 21 mars, la malade est parvenue à faire de la broderie. Enfin elle est moins impressionnable.

Le 25 mars, en pleine amélioration, elle demande à sortir.

L'influence favorable de la suggestion sur ces mouvements donne lieu de croire qu'il ne s'agissait plus d'une chorée infectieuse irréductible, laquelle, d'ailleurs, ne reste pas en général localisée aux mains, mais de troubles purement dynamiques, répétant quelques-uns des mouvements athétosiques antérieurs, prolongeant l'instabilité choréique.

Sous le nom de chorée on doit distinguer deux ordres différents de manifestations morbides : une chorée nerveuse, hystérique, si l'on peut dire, par imitation (1) et

(1) C'est là le fait des épidémies de chorée dans les asiles, écoles, hospices d'enfants, que l'on explique par la *contagion de l'exemple, l'idée sympathique*.

auto-suggestion, curable par la suggestion, et une chorée, proprement dite, vraie, probablement d'origine infectieuse et d'évolution presque fixe, incurable quant aux mouvements. Cette dernière chorée peut, sa période infectieuse d'environ six semaines une fois terminée, se prolonger par assimilation quant aux mouvements, sorte de chorée auto-suggestive guérissable alors par suggestion (Bernheim). Cela se rapporte à notre observation.

Nous terminerons cette seconde partie de notre description par un cas de morphinomanie consécutive à des douleurs nerveuses qui prolongeaient un rhumatisme coxo-fémoral chez un névrosé dont l'existence fut traversée par une forte émotion morale.

Cette histoire intéressante nous a été communiquée obligeamment par M. le Professeur Bernheim. Elle a été écrite sous sa dictée. Elle clôtur dignement cette subdivision de notre travail par le résultat heureux qui fut obtenu, et démontre ainsi l'efficacité du traitement moral, de la psychothérapie là où plusieurs célébrités médicales avaient échoué.

OBSERVATION LXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BERNHEIM.)

Douleurs nerveuses survivant à une coxalgie rhumatismale. — Morphinomanie consécutive. — Guérison par la suggestion. — Echéec de toute autre médication.

« En juillet 1893, je reçus la visite d'un monsieur, âgé d'environ 40 ans, marchant avec une canne, boitant beaucoup de la jambe gauche, qui me demanda si je pouvais le guérir rapidement de la morphinomanie. Il s'injectait environ 30 centigrammes de morphine par jour. Cette morphinomanie était survenue dans les conditions suivantes : Il y a 4 ans $1/2$, étant à Berlin dans la diplomatie, il fut pris d'une douleur intense dans la cuisse et la jambe droites qui

fut qualifiée de sciatique. Cette douleur devint tellement forte, atroce, que son médecin habituel appela en consultation trois professeurs de Berlin, Rachmann, Bergmann et Gerhardt. Il ne peut dire quel fut le diagnostic, il ne parle que de sciatique. Peut-être songea-t-on à une coxalgie rhumatismale, car on lui mit un appareil inamovible de Volkmann; mais il ne put le supporter. Rien que l'action de marcher dans sa chambre produisait des douleurs épouvantables dans tout le membre; si bien qu'après avoir essayé deux fois l'application de cet appareil, il fallut y renoncer, et, en désespoir de cause, arriver aux injections de morphine. Le malade resta 4 mois 1/2 immobile dans son lit, puis la morphine aidant, put se lever, et, après une saison de bain de boue en Hongrie et une cure à Wiesbaden, il put marcher en boitant, débarrassé de ses douleurs, mais restant morphinomane. Il avait en vain essayé divers traitements pour se libérer de cette morphinomanie.

C'était un homme bien constitué, très intelligent, sans maladie antérieure. Je constatai que le membre inférieur droit n'était plus douloureux, qu'il restait un certain degré d'ankylose coxo-fémorale, la cuisse ne pouvant être fléchie qu'à angle obtus sur le bassin. A la question que me fit le malade, je répondis : « Il n'est pas probable que je puisse vous guérir vite; cela est possible à la rigueur, si vous êtes très suggestible, susceptible d'être mis en sommeil profond, mais ceci est l'exception; la plupart des hommes instruits, habitués au contrôle et à la critique, bien que suggestibles à un certain degré, ne tombent pas en sommeil profond. Et alors je ne pourrais vous guérir que graduellement au bout d'un temps variable, mais qui serait au moins de 15 jours à 3 semaines, en vous sevrant, sous une surveillance rigoureuse, la suggestion aidant. » Cela dit, j'ajoutai : « Je veux essayer ». A mon grand étonnement, il tomba en hypnose profonde. Alors je lui affirmai la guérison complète, je lui suggérai de diminuer d'un quart tous les jours sans sentir aucun besoin de morphine et aucun malaise consécutif à sa suppression. Cette impressionnabilité si grande du malade à l'hypnotisme me fit penser que sa sciatique, ou son arthrite coxo-fémorale s'étaient accompagnées d'une douleur purement nerveuse, véritable névrose de sensibilité surajoutée. L'intensité exceptionnelle de ses douleurs paraissait le dire.

Je lui demandai s'il n'y avait pas eu dans son existence quelque motif d'énervement au moment où il était tombé malade; il pâlit et me dit qu'il avait eu, à ce moment, en effet, l'émotion douloureuse la plus vive qu'un homme d'honneur puisse avoir, Et c'était sur cette

émotivité qu'était venue se greffer, avec des symptômes insolites, la maladie.

Ce détail me fut confirmé plus tard par le médecin qui m'avait adressé le malade. Après cette première séance, le malade diminua d'un $\frac{1}{3}$ la quantité de morphine injectée et ne sentit pas trop de malaise. Le lendemain, après une nouvelle suggestion, la dose de morphine fut réduite à moitié, puis le lendemain d'un quart. Le 4^e jour, alors qu'il était aux $\frac{3}{4}$ sevré, il entra dans mon cabinet, se traînant à peine et en proie à une douleur atroce dans le membre malade. Sa figure était décomposée ; je lui demandai : « C'est là la douleur que vous aviez à Berlin ? » Il me répondit affirmativement. Alors je lui dis, en riant : « Eh bien ! cette douleur qu'on n'a pas pu vous enlever là-bas, je vais vous l'enlever tout de suite. » Je l'endormis, lui suggérai la disparition de la douleur, en faisant quelques frictions sur le membre, et en même temps la cessation complète de la morphine sans malaise. Au réveil, la douleur avait disparu.

Il ne fit plus d'injections de morphine et, au bout de deux jours, c'est-à-dire après six séances, il put rentrer chez lui, débarrassé de sa morphinomanie. Il resta guéri, comme je l'appris plus tard par son médecin.

Voilà donc une névrose douloureuse, greffée à la faveur d'une impressionnabilité excessive, exagérée par les circonstances sur une maladie réelle, peut-être sciatique, ou rhumatisme coxo-fémoral. La réapparition de cette douleur dans mon cabinet, après la suppression de la morphine, et sa disparition instantanée par suggestion montrent évidemment qu'elle était purement dynamique. Si les médecins de Berlin avaient connu ou avaient su traiter psychiquement l'élément dynamique psychique qui compliquait une affection certainement bénigne, ils auraient probablement retranché de cette douleur l'acuité excessive, que la névrose y avait ajoutée. Ils auraient épargné à ce malheureux plusieurs mois de souffrance atroce, l'immobilisation pendant 4 mois $\frac{1}{2}$, la morphinomanie consécutive pendant 4 ans $\frac{1}{2}$, peut-

être même, ici je n'affirme rien, l'ankylose qui a pu être en partie le résultat de l'immobilisation prolongée».

C) L'affection organique fait suite aux manifestations de l'élément nerveux dynamique.

Cette question intéressante se pose maintenant : Est-il possible qu'un trouble de la fonction nerveuse entraîne à la longue une altération de la texture, qu'une perturbation dynamique nerveuse puisse dégénérer en lésion organique ?

Répondrons-nous catégoriquement et d'emblée ? Evidemment non. Si d'une part, l'on cite souvent le cas de Charcot, relatif à une contracture hystérique qui aurait abouti à une sclérose des cordons latéraux de la moelle, si l'on parle aussi de myélite ayant succédé à une commotion nerveuse forte lors d'un bombardement (1), ne voyons-nous pas, d'autre part, tous les jours, bien des personnes entrer en des colères violentes, garder une irritabilité constante sans que pour cela le cerveau paraisse chez elles souffrir organiquement. Ne constatons-nous pas que les manifestations hystériques, névrasthéniques se multiplient durant toute une existence, sans déterminer de maladies nerveuses organiques ? En un mot le système nerveux supporte impunément très longtemps des désordres fonctionnels. La trace matérielle, connaissable du passage de ces désordres, ne paraît pas être conservée anatomiquement. C'est du moins ce que nous apprend l'observation clinique quotidienne.

Les secousses morales font incursion dans notre champ dynamique sensitif, moteur, sensoriel, psychique, reten-

(1) Pendant le siège de Marsal.

tissent presque incessamment sur nos organes; ces derniers sont-ils lésés fatalement pour cela? Certes, on n'ignore point que chez un dyspeptique nerveux, le mauvais fonctionnement de cet organe important de la digestion, l'estomac, soit le point originel d'une anémie, d'une déchéance physique, qui favorisent l'intrusion de la tuberculose, par exemple. Dira-t-on que ce dyspeptique doive mourir exclusivement du dérangement fonctionnel de sa muqueuse digestive? Non point. Voici un homme qui souffre d'une diarrhée nerveuse chronique par suite d'un état permanent d'émotivité et de surexcitation nerveuse; en fin de compte il s'est fait une modification réelle de ses glandes intestinales, qui se répercute sur l'assimilation, la nutrition et amène un mauvais état général propice à des infections secondaires. Il serait également inexact de penser que cet homme soit redevable de son dépérissement, de sa dysenterie finale, uniquement à sa susceptibilité nerveuse naturelle. Mais tout cela peut-il autoriser à croire que les névroses aient possibilité de se transformer en affections ou dégénératives ou spinales, ou cérébrales, ou des nerfs moteurs et sensitifs?

Il est hors de doute que des palpitations cardiaques nerveuses entretenues par des émotions répétées provoquent, au bout d'un certain temps, de l'hypertrophie du cœur. Il s'agit là d'une exagération de la structure musculaire par surcroît de travail fonctionnel dépendant d'une innervation cardiaque hyperexcitable, mais y a-t-il là lésion nerveuse? Qu'on se rappelle le cas légendaire de cette contracture hystérique (1), qui dura 4 années, accompagnée de rétention d'urine et ne laissa subsister

(1) Voir notre observation de Marie B.

qu'une rétraction du tendon d'Achille, sans aucune lésion nerveuse, puisque la malade, si fermement auto-suggestionniste, a recouvré l'usage de ses jambes après section tendineuse. Nous connaissons un cas de tachycardie d'origine émotive dont une habitude auto-suggestive réitère fréquemment les symptômes cardio-vasculaires, cyanose, refroidissement des extrémités, hypérémie, etc., et l'examen clinique, que nous sachions, n'a jamais révélé de signes stéthoscopiques d'une lésion cardiaque. Doit-on penser qu'il y avait là altération nerveuse organique ? Non point, car la suggestion atténuait d'une façon significative la gravité des troubles circulatoires. L'origine émotionnelle de la maladie de Basedow est admise par bien des auteurs ; mais la *peur*, même *répétée* (1), n'est que prédisposante à cette névrose dont la résistance fréquente à tout traitement laisse à penser. Au cas particulier l'émotion est-elle pour quelque chose dans l'altération nerveuse probable et discutée encore ? L'action pathogénique des émotions est très connue, trop connue même pour que nous nous arrêtions à la décrire. Nous ne saurions répéter tout ce qui a été publié à ce sujet. Nous avons dessein de restreindre notre étude à l'examen des maladies nerveuses réelles survivant à une perturbation nerveuse dynamique, des altérations dégénératives des nerfs périphériques par exemple. Ces altérations, provenues de pareille cause occasionnelle, ne sont-elles pas aussi vraisemblables, que cette sclérose médullaire — dûment aperçue par Charcot — consécutive à une vieille contraction hystérique ?

Nous avons rassemblé trois cas de polynévrite, trois

(1) Voir le cas de M. le Professeur agrégé Haushalter, in *Rev. méd. de l'Est* du 4^{er} novembre 1896.

cas curieux quant à leur étiologie où l'émotion morale entre pour une grande part. Ils nous ont invité à considérer très attentivement le problème, à scruter scrupuleusement la succession des faits, leur enchaînement peut-être. Leur analyse nous permet de supposer qu'un facteur intervient entre le dynamisme et la lésion de texture, entre la perturbation fonctionnelle, sensitive, motrice, psychique et l'altération anatomo-pathologique ultérieure. Ce facteur c'est la *diathèse nerveuse*, cette diathèse en quelque sorte complice des états infectieux qui se grefferont ensuite sur le terrain nerveux avec d'autant plus d'aisance que les bouleversements dynamiques fonctionnels leur auront ouvert la porte d'entrée. La perversion morbide incessante des fonctions d'un organe sous l'influence d'une auto-suggestion perpétuelle est incapable seule de modifier *pathologiquement* cet organe. Autre chose est nécessaire, autre chose que la diathèse et le terrain local préparé par les désordres imputables à l'élément nerveux dynamique sur cette diathèse; ce sont les germes pathogènes altérateurs venant s'implanter sur ce terrain. Nous sommes donc en présence de trois éléments : la diathèse nerveuse, le choc émotionnel ou, d'une façon générale, la cause dépressive qui de cette diathèse fabrique un terrain propice à l'invasion d'agents infectieux et toxiques promoteurs de la lésion organique; trois éléments, c'est-à-dire les trois conditions du problème que nous nous étions posé au début de ce chapitre : une condition primordiale : un substratum nerveux diathésique, une condition occasionnelle : une émotion dépressive, enfin une condition efficiente : une infection, une intoxication destructives.

Voici ce qu'à ce propos M. le Professeur Bernheim

disait dans une communication au congrès de neurologie (août 1896) : « Le nombre des névrites périphériques s'est singulièrement accru dans ces dernières années. La plupart, on le sait, sont d'origine toxique ou infectieuse : le plomb, le mercure, l'arsenic, l'alcool, l'oxyde de carbone, etc., d'une part, la diphtérie, les pyrexies, la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'influenza, la syphilis, etc., d'autre part, y donnent lieu par les toxines de leurs microbes. Mais si l'intoxication minérale, végétale ou microbienne semble jouer le rôle prépondérant dans la genèse de la névrite périphérique, ce côté ne doit pas faire perdre de vue les autres facteurs étiologiques de cette maladie.

Voici des faits qui montrent que les émotions nerveuses, la névrasthénie, l'hystérie locale peuvent engendrer des névrites périphériques. »

Ces faits forment précisément les histoires de nos trois malades :

OBSERVATION LXIX

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Nervosisme. — Chagrins, émotions morales. — Crises gastriques douloureuses pseudo-tabétiques. — Equinisme, paraplégie. — Morphinomanie. — Polynévrite.

Marthe T..., 32 ans, demoiselle de magasin. Entre au service le 4 juillet 1895.

Antécédents. — Père mort à 70 ans d'une pneumonie, non nerveux, non alcoolique. Mère nerveuse, impressionnable, décédée à 75 ans, La malade n'est pas mariée, n'a pas d'enfants. Pas de maladie antérieure. Réglée à 12 ans, depuis l'est régulièrement.

Etant jeune, elle habitait la campagne. A l'âge de 18 ans, elle s'en fut à Paris comme demoiselle de magasin ; elle s'y est fatiguée, anémiée. Subit vers l'âge de 24 ans des contrariétés répétées. Devint très susceptible. *Aucune* intoxication.

Historique. — La maladie actuelle a débuté, il y a cinq ans. La

malade avait 27 ans, était fort impressionnable, bouleversée à la moindre contrariété. Elle rapporte elle-même la cause de son affection actuelle à une *émotion morale*. Elle était fiancée depuis deux ans, et se trouvait sur le point de se marier lorsque les parents s'opposèrent brusquement au mariage. Elle en conçut un violent chagrin, ne mangea plus, ne dormit plus, passant toutes ses nuits à pleurer, repoussant toute distraction. Sans cesse la poursuivait la pensée de ce mariage manqué. Cet état d'inquiétude persistait aussi intense, quand, au bout de sept mois, apparut la première crise douloureuse : crise gastrique analogue à celle du tabes, caractérisée par d'atroces douleurs au creux épigastrique « comme si un animal la rongait » survenant tout à coup, et suivies de vomissements bilieux abondants. Ces douleurs, si fortes que la malade ne pouvait parler, ces vomissements durèrent huit jours. Le huitième jour, la malade, au matin, se réveilla guérie spontanément, se leva joyeuse et put manger au point, dit-elle, qu'elle « aurait digéré des choux ». Les trois mois qui suivirent, elle se porta assez bien, sans douleurs ni vomissements, mais cependant demeurée dans un état d'énervement et d'irritabilité assez marqué. La malade recherchait la solitude, se complaisait dans son idée fixe. C'est alors qu'elle eut sa seconde crise. Début aussi brusque, même intensité, même phénomène (douleurs, vomissement) que la première fois. De plus, terminaison soudaine, identique, au bout de 20 jours de durée. Un soir la malade n'eut plus mal subitement et put digérer du jambon.

Pendant dix-huit mois, ces crises gastriques se renouvelèrent, avec irruption et disparition aussi rapides, tous les mois ou tous les deux mois, surtout au moment des règles. Elles augmentaient de durée et de fréquence insensiblement. Les répits étaient plus courts. Aux vomissements bientôt s'ajoutèrent des régurgitations aqueuses.

En même temps apparut une constipation habituelle, opiniâtre, qui n'a pas discontinué. La malade ne va à la selle — encore actuellement — qu'en absorbant des pillules de podophyllin. Parfois, incontinence d'urine. A cette époque, la malade éprouvait déjà un certain engourdissement, une certaine parésie des membres inférieurs, avec difficulté de descendre les escaliers, fatigue après la marche. Aucunes douleurs dans les jambes, dans les bras, dans la figure. *Pas d'ataxie*, pas de troubles de la sensibilité, *pas d'abolition des réflexes patellaires*.

Les crises gastriques cependant croissaient en force et en fréquence. C'est alors qu'en juillet 1893 parurent les premiers symptômes de névrite périphérique, aux bras, aux jambes, à la face. Ce fut d'abord

une grande faiblesse des membres inférieurs. La malade ne pouvait marcher que soutenue par quelqu'un ; puis ce fut l'impotence fonctionnelle totale des jambes. En même temps se dessina de l'atrophie musculaire aux mollets. Puis la lassitude gagna les mains, se manifestant surtout aux deux derniers doigts de la main droite.

La malade eut de la peine à coudre, à écrire. Puis presque simultanément elle éprouva du côté droit du visage une sensation de raideur, de la difficulté de mastiquer, de l'hypéresthésie du conduit auditif externe, de l'embarras dans les mouvements des muscles de l'œil droit, de la diplopie enfin. Ensuite ce furent des sensations de fourmillement et d'engourdissement dans les jambes. Depuis lors, l'état de la face et des mains n'a pas varié, seuls les membres inférieurs se sont modifiés. La malade, depuis un an, possède de véritables jambes de polichinelle ; lorsqu'elle pose le pied à terre, il se met en varus, et la malléole externe se rapproche du sol. Les pieds sont, depuis un an également, de vrais pieds bots paralytiques. La déformation a débuté au pied gauche. Les orteils sont infléchis en bas (griffe plantaire).

Etat actuel. (Novembre 1895.) — Constitution délicate. Femme plutôt petite, fluette, maigre. Apyrexie. L'examen des différents viscères reste négatif. La malade est très vive, s'impatiente pendant qu'on l'interroge. Intelligence nette. Répond bien aux questions.

Les crises gastriques, dont elle se plaint encore, sont rares, ne surviennent qu'une ou deux fois par semaine. Vomit peu. Appétit insignifiant.

A l'examen de la face, on constate que les traits sont un peu plus accentués à droite qu'à gauche ; tout le côté droit du visage semble comme projeté en avant. Les pupilles sont dilatées, la droite manifestement plus que la gauche. Strabisme interne de l'œil gauche, ptosis de la paupière supérieure droite. Vue faible, mais il n'y a pas de diplopie.

Les renseignements d'ailleurs fournis par l'examen fait à la clinique ophtalmologique sont les suivants :

Parésie du droit externe de O G

O D, $V = \frac{2}{3}$, O G, $V = \frac{1}{2}$ après correction.

Sensibilité rétinienne : 0,50.

Réfraction : OD myopie — 1 dioptrie.

— OG myopie — 9 dioptries.

Accommodation : Parésie à droite.

— Normale à gauche.

Fond de l'œil : Normal à gauche.

— Léger staphylome à droite.

Pas d'autres lésions, pas d'atrophie papillaire.

En somme, la malade voit mal, parce que, d'une part, elle a une myopie assez prononcée monolatérale, pouvant être corrigée par un verre sphérique de 7 dioptries ; et, d'autre part, parce qu'elle a une paralysie de l'accommodation à droite, à laquelle on peut remédier par un verre de + 5 dioptries.

Pas de paralysie de la langue.

Du côté des membres supérieurs, légère faiblesse, un peu de raideur, marquée surtout dans les deux derniers doigts de la main droite. La malade se sert maladroitement de ses mains, écrit mal son nom, présente un peu de tremblement. Elle coud difficilement. Au dynamomètre, force égale des deux côtés.

Les jambes et les pieds sont très amaigris. Les pieds sont en varus équin avec griffe plantaire. Les jambes peuvent se soulever quelques instants au-dessus du plan du lit en effectuant quelques mouvements de latéralité. Il existe de la rétraction du tendon d'Achille et des fléchisseurs des orteils, surtout des gros orteils qui sont fortement infléchis.

La malade ne fait que de vagues mouvements de flexion, d'extension et de latéralité du pied ; le redressement du pied est surtout difficile ; pour les orteils, même chose.

Abolition des réflexes tendineux.

La malade ne peut marcher car les pieds se renversant sur leur bord externe, les jambes s'écartent. La station est impossible. Sous l'influence de l'électricité (courants induits) les muscles se contractent. La sensibilité cutanée est normale.

Durée de la maladie. — Du mois de décembre 1895 au mois de février 1896, l'état est resté stationnaire, sauf que les crises gastriques, en partie calmées parfois par la suggestion, devinrent de plus en plus fréquentes, longues, aiguës. On fit des injections de morphine. Ces injections durent être répétées souvent. En février, M. le Professeur Bernheim estimant que cet état douloureux pouvait être dynamique, supprima la morphine et la remplaça par des piqûres d'eau stérilisée à l'insu de la malade qui cependant au bout de quelques jours s'aperçut de cette substitution et pendant 48 heures ne cessa de gémir, réclamant sa morphine. Tout rentra soudain dans l'ordre, après quatre à cinq jours. Les crises douloureuses ne se reproduisirent plus. De temps en temps, la malade sent encore quelques « lancées » légères à l'épigastre, mais de crises atroces,

aiguës, prolongées, survenant tous les deux jours, elle n'en a plus. Elle est guérie de son exagération douloureuse dynamique, et de cet état de morphinomanie qui la caractérisait.

Les jambes se sont beaucoup améliorées (juin 1896). La malade exécute tous les mouvements avec plus de force et d'aisance, mais ne peut se tenir encore debout toute seule à cause de la position en varus équin des deux pieds. Elle a été soumise à un traitement suggestif et à l'entraînement psychique. Au lieu de l'immobiliser au lit, par persuasion soutenue et stimulation de la voix et du geste, on est parvenu à la faire asseoir dans un fauteuil et à essayer d'esquisser quelques pas. On a rendu l'espoir à la malade. Par la suggestion hypnotique on a apaisé son état de surexcitabilité. Cependant il persiste un état nerveux tout spécial, fait encore d'une sensibilité excessive, de caprices dans l'appétit (prédilection pour les aliments bizarres), d'insomnie fréquente, et d'alternative d'incertitude et de confiance dans l'esprit de cette malade qui, d'une façon générale, a repris courage.

Elle est encore, à l'heure actuelle, au service de M. le professeur Bernheim (1). (Décembre 1896.) Sa situation s'est encore relevée depuis le mois de juin. La malade est calme ; à la maigreur ancienne a succédé un certain degré appréciable d'embonpoint. Les règles un moment troublées se sont régularisées. L'appétit est bon. Les forces sont revenues dans les bras et les mains. La malade dort assez bien la nuit. L'équinisme subsiste, quoique les mouvements des orteils soient en partie restaurés ; la malade, en effet, peut les redresser.

En condensant l'histoire curieuse de cette malade, on peut en extraire les remarques suivantes :

Une personne nerveuse subit des chagrins répétés, est victime d'une émotion morale vive (rupture inopinée d'un mariage) et tombe dans des accès de névrasthénie, de mélancolie, avec troubles déjà de la nutrition et du sommeil. Sept mois plus tard : vomissements nerveux

(1) En janvier 1897, elle a été examinée au service d'Electrothérapie : Voici ce qui a été noté : *Membres inférieurs* : Abolition complète de l'excitabilité faradique des extenseurs gauches, excitation faradique légèrement conservée pour les extenseurs droits. Conservation de l'excitabilité galvanique de tous les muscles, ordre normal des contractions.

et douleurs gastriques violentes, faisant irruption sous forme de crise. Puis reproduction de cette crise quelque temps après, et peu à peu réapparitions plus fréquentes. A ce moment les réflexes patellaires sont encore intacts, la sensibilité, la motilité également. Aussi ne pouvait-on croire *absolument* à un commencement de tabes, vu que l'abolition des réflexes tendineux est un signe infailible et du début. C'est alors que les crises gastriques se répètent de plus en plus, deviennent comme un besoin ; la morphine les calme, et qui plus est, les exaspère bientôt, aggrave la fréquence, la rapidité des accès. On doute alors de la réalité purement organique de pareils accidents douloureux ; la suppression de la morphine amenant la suppression, ou au moins l'atténuation très marquée des douleurs, le doute est ainsi justifié ; il y a bien là un élément dynamique qui les a favorisés.

Des symptômes de névrite se montrent alors graduellement aux jambes (parésie, atrophie musculaire, équinisme, etc.), aux bras (impotence, lourdeur) à la face (hémiparésie faciale droite). Il n'y a aucune ataxie locomotrice, les mouvements se font quoique restreints et pesants. La station debout est impossible.

La malade éprouve des fourmillements dans les membres. Les réflexes tendineux s'abolissent, les jambes sont comme des jambes de polichinelle.

Cependant les crises douloureuses gastriques n'ont plus du tout reparu. Si l'on chatouille la plante des pieds de la malade, il y a mouvement réflexe de retirer la jambe. Peu à peu il semble que la restauration des nerfs moteurs se fasse ; les membres sont moins lourds, moins faibles ; la malade sent qu'elle se tiendrait debout, n'était son équinisme qui rompt l'équilibre ; elle recouvre l'usage

de ses mains, enfin son amaigrissement disparaît. L'appétit est assez bon. L'hémiparésie faciale s'amende, et l'on constate qu'il n'y a pas de diplopie, mais qu'on est en présence d'une myopie forte simple unilatérale qui à elle seule pourrait déterminer le strabisme interne gauche, si la parésie du muscle droit externe de ce côté ne pouvait l'expliquer, parésie sans doute due à une névrite du moteur oculaire externe. Quant à la ptose ne peut-on la mettre sur le compte également d'une névrite du moteur commun ? En tout cas, elle est moins accentuée qu'au début. Le rétablissement des fonctions si long qu'il soit, paraît donc concorder — pour cette lenteur progressive même — avec une restauration graduelle des nerfs atteints. S'il y avait rétraction des fléchisseurs, équinisme et varus, c'était par impuissance fonctionnelle des extenseurs et des péroniers ; le nerf sciatique dans ses rameaux poplitée-externe, tibial antérieur et musculocutané semblait donc lésé.

L'aurore de l'affection avait fait croire à un tabes, à prodromes gastriques, et sous ce diagnostic la malade est entrée à l'hôpital. Dans ses antécédents, on n'avait relevé aucune syphilis, pas plus d'ailleurs qu'aucune autre intoxication. La suite des symptômes a ruiné l'hypothèse de tabes. A un certain moment on était porté à croire que ces symptômes périphériques étaient un témoignage en faveur de la théorie sur l'origine périphérique du tabes. La restauration des fonctions se produisant de jour en jour, il y a tout lieu de penser qu'on avait, en fin d'analyse, devant soi une polynévrite périphérique. La cause ? Elle est complexe. La malade était en puissance de diathèse nerveuse par suite de son hérédité maternelle. Des contrariétés, des émotions morales ont façonné cette dia-

thèse, y ont circonscrit un lieu de moindre résistance, accessible à des toxines banales quelconques qui s'y sont installées et ont fait œuvre de destruction partielle.

Ainsi la vraie cause occasionnelle paraît être bien l'émotion morale, qui sur un terrain diathésique nerveux, rendu névrasthénique, déprimé, a appelé l'invasion microbienne. C'était ce point intéressant que nous voulions faire saillir de ce long historique morbide.

Une seconde observation nous apprend que des lésions de névrite périphérique peuvent se greffer sur un terrain hystérogène, maltraité par l'émotion morale. La malade qui en fut l'objet est arrivée à l'hôpital sous la rubrique d'hystérie. Elle avait été soignée — en vain — comme hystérique dans un service voisin. Nous-même, les deux jours qui suivirent son admission, nous avions d'elle cette opinion.

OBSERVATION LXX

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Hystérie. — Émotion morale. — Polynévrite périphérique.

Georgette S. . . , âgée de 21 ans. Entrée au mois de février 1896.

Elle tient, avec sa mère, **un** commerce de vins. Il y a 7 mois, cette jeune fille eut une vive *contrariété*. Son père la gourmanda violemment et la menaça de la jeter hors du toit paternel parce qu'elle recevait trop souvent à la maison un jeune homme qu'elle aimait. Celui-ci ne vint plus. La jeune fille en conçut alors un chagrin d'autant plus profond et pénible qu'elle devait le tenir secret. Pour pleurer librement, elle se cachait à la cave. Elle devint alors très mélancolique et se replia sur soi-même. Elle ne dort plus, mangea peu, puis fut en proie à des céphalées violentes ; eut de la fièvre et des transpirations nocturnes.

Deux mois après son émotion, elle sentit une grande faiblesse dans les deux jambes, surtout dans la jambe droite. Elle se trouvait lasse, presque inerte. Des douleurs apparurent dans les mollets. La parésie

s'accroît de jour en jour. La malade fut incapable de monter les escaliers et se confina au lit.

Six ans auparavant, à la suite d'une contrariété déjà, elle aurait eu des crises convulsives nerveuses, qui se seraient renouvelées trois ou quatre fois. Elle aurait eu sa dernière crise, il y a un an environ. L'accès débutait par une sorte d'étourdissement, puis, c'était une sensation constrictive à la gorge (pas de boule), puis de l'agitation des membres et enfin perte de connaissance.

La malade raconte elle-même qu'elle avait souvent ce qu'elle nomme « des crises d'impatience » qui surgissaient au moindre heurt de ses sentiments affectifs. Elle ajoute qu'à plusieurs reprises elle aurait eu des mouvements involontaires dans les mains, lesquelles, à certains moments, en outre, elle ne sentait plus.

Pas de maladie antérieure. Le père est vif, emporté ; la mère, très vive également, est plutôt d'un caractère gai.

État actuel. — Constitution bonne. Tempérament nerveux. Cette jeune fille paraît intelligente, a des réparties assez vives, entrecoupées de rires. On l'a amenée à l'hôpital sur un brancard ; les jambes étaient repliées ; au moindre contact, la malade poussait des cris. M. le Professeur Bernheim essaye de la calmer et peut, par suite de persuasion verbale très douce, en dérivant son attention, toucher les jambes de la malade. Cependant, à une pression digitale plus marquée, il constate des points douloureux assez nets sur le cou-de-pied, le long de la face antéro-externe de la jambe. La malade est mise debout, elle fléchit sur les jambes. M. le Professeur Bernheim la stimule de la voix et du geste, aussitôt la malade fait des efforts, elle marche péniblement et soutenue, les deux jambes étendues en avant, en glissant la plante des pieds sur le sol, sans plier les articulations. On assied alors la malade, lui fait plier les jambes, en affirmant que la force revient. Puis suggestion hypnotique, sommeil facile, profond avec catalepsie rigide. Au réveil, la malade est mise debout, elle fléchit sur ses jambes, puis parvient à se tenir seule, mais aussitôt se met à geindre et à pleurer. On l'aide, on la soutient sous les bras. Elle se traîne en poussant des cris, en se plaignant de douleurs vives dans les mollets. Le pied droit reste comme pendant, et la malade se sert surtout du pied gauche qu'elle fait progresser. Dans le lit, elle soulève assez bien les jambes. Elle peut redresser les pieds, remuer les orteils. Le ventre n'est pas douloureux (10 février).

11 février. — La malade remue les pieds, sans douleurs. Sugges-

tion hypnotique. Sommeil au second degré. On suggère à la malade qu'elle pourra marcher librement au réveil. Après la suggestion on la fait lever. Elle tremble, regarde ses pieds, pousse des cris. En la faisant soutenir par deux aides sous les aisselles on l'entraîne. M. le professeur Bernheim, qui pensait — étant donné les antécédents de la malade (crises convulsives), — qu'il y avait là une paraplégie hystérique, après avoir remarqué que la jambe droite avançait sans flexion du genou ni du cou-de-pied, qu'elle avait un aspect inerte, que le mollet et le pied droit étaient très douloureux, fait recoucher la malade et constate une atrophie notable des muscles postérieurs de cette jambe. Il s'aperçoit que, malgré tous ses efforts, la malade ne peut redresser les orteils du pied droit. La sensibilité dans la jambe droite est conservée. La circonférence de la jambe gauche mesure au $\frac{1}{3}$ supérieur 27 centimètres, celle de la droite 24 centimètres. Enfin les pieds paraissent un peu congestionnés ; le phénomène du genou est diminué surtout à droite ; il n'y a pas de phénomène du pied. Notre maître pense alors qu'il s'agit là d'une névrite périphérique.

13 février. — Les douleurs sont beaucoup moindres. Soutenue par deux personnes, la malade marche mieux, le poids du corps portant néanmoins sur la jambe gauche, la droite se fléchissant à peine.

Suggestion à l'état de veille. Entraînement.

15 février. — On fait aller la malade seule. Elle incline le corps en arrière, n'ose appuyer sur le pied droit, et crie. M. le Professeur Bernheim l'excite, la brusque ; au bout d'un certain temps, elle se tient debout sans aide. Après un nouvel entraînement, elle marche assez bien, la pointe du pied droit en dehors, la jambe droite inerte, pendante.

On constate sur cette jambe une diminution de la température cutanée.

23 février. — La malade peut se lever seule de son fauteuil, marcher assez vite, étant conduite par la main seulement. La jambe droite est toujours impotente. La malade glisse sur la plante du pied, la pointe en bas, mais n'accuse plus de douleur.

25 février. — Le pied droit est varus.

29 février. — Electrification. L'amélioration continue.

3 mars. — On fait marcher activement la malade. Suggestion.

17 mars. — L'atrophie existe toujours dans le membre inférieur droit. Jambe gauche, circonférence au tiers supérieur : 30 centimètres, droite 27 cm. ; cuisse gauche 33 cm. ; droite 31 cm.

4 avril. — Pied droit varus, équin léger.

13 avril. — Marche seule définitivement, mais en s'appuyant encore avec peine sur le pied droit. Claudication. Légère rétraction du tendon d'Achille à droite. La malade meut assez bien les orteils. Le mollet droit mesure 37 centimètres de tour, le gauche, 30 cm.

20 avril. — La malade marche lentement. La surexcitabilité nerveuse est calmée. Elle se trouve bien et sort.

L'histoire de cette jeune fille est résumable en quelques lignes, après l'explication complète que nous fîmes de la précédente observation. Une différence légère est à signaler entre les deux cas : l'un mentionnait une névras-thénie préparatoire, dans la présente on doit faire cas d'une hystérie complice. La cause occasionnelle est identique : l'émotion morale, un bouleversement dans les sentiments affectifs. Identique aussi la cause efficiente, selon toutes probabilités. Il serait hors de propos de songer à une intoxication éthylique chez cette jeune fille, d'allure convenable et quoiqu'elle ait été élevée dans un commerce de vins. Et d'intoxication aussi tangible, il n'en était aucune à notre connaissance. Ce que nous savons, c'est qu'une période fébrile avec céphalées, anorexie, troubles digestifs, sueurs nocturnes, a précédé l'éclosion des symptômes de névrite. La malade n'avait aucun signe stéthoscopique de tuberculose pulmonaire, non plus qu'aucun indice de tuberculose dans un autre appareil. Et de polynévrite tuberculeuse *primitive* due à la localisation exclusive du bacille de Koch sur les nerfs moteurs des jambes, nous n'avons jamais vu d'exemple qui nous autorisât à croire à la valeur réelle d'une telle hypothèse. Il est plus simple de supposer une infection vulgaire banale quelconque, provoquée par la reprise de virulence d'un hôte microbien habituel de l'économie, reprise de virulence déterminée elle-même par le coup de fouet de

l'émotion morale qui avait affaibli la résistance normale individuelle.

Quoi qu'il en soit, la stimulation suggestive, la dynamogénie psychique furent un bienfait pour cette malade qu'une immobilisation complète n'aurait pu que *cristalliser* davantage dans son inertie. Elle a suscité l'impulsion vers la guérison. Cette jeune fille, encore qu'elle gardait son équinisme léger, son atrophie du gastrocnémien droit, a quitté l'hôpital, persuadée qu'elle persévérerait dans la bonne voie de l'amélioration progressive et que l'exercice quotidien ne pouvait qu'être favorable à cette amélioration. Elle se rendait compte elle-même, les derniers instants de son séjour, de l'influence néfaste d'une inaction, qui pour une part au moins eût été de complaisance.

Dans la troisième observation, c'est un véritable *choc* émotionnel qui semble être l'occasion des phénomènes de polynévrite. Comme les deux autres, la malade est une nerveuse diathésique héréditaire. L'effroi, l'appréhension révolutionnent son système nerveux. Quelque temps après, une lésion nerveuse se produit.

OBSERVATION LXXI

(Due à l'obligeance de M. le professeur BERNHEIM.)

Polynévrite à la suite d'une vive émotion morale.

Berthe C..., 29 ans, ménagère. Entre au service le 25 novembre 1894.

Antécédents. — Père mort à l'âge de 72 ans, dément sénile. Mère morte à 53 ans, cardiaque. La malade est mère d'un enfant de neuf ans, une fille vive, impressionnable.

Pas de maladie antérieure. A toujours été nerveuse.

Historique. — En mars 1893, la malade avait eu, sous l'action du froid, une syncope. On la ramena chez elle, où elle se retrouva et

demeura « comme assommée » (*sic*) pendant deux jours. La maladie actuelle débuta en juillet de la même année, voici comment : à cette époque, la fille de la malade fut victime d'un attentat à la pudeur. Le coupable fut arrêté. Impressionnée vivement, la mère pourtant ne présentait à ce moment rien de particulier. Deux mois après le viol, les assises se tinrent ; la malade fut appelée à déposer. Avant d'entrer dans la salle d'audience, la terreur commença à s'emparer d'elle : « Je tremblais, nous dit-elle, j'étais couverte de sueurs, en un mot toute aussi effrayée que si j'avais été coupable ». Malgré son émotion, elle put faire sa déposition. L'avocat de l'accusé ensuite prit la parole pour défendre son client. Obéissant à une confusion, naturelle dans l'état de trouble où elle se trouvait, la malade prit le défenseur pour l'un des juges, et l'entendant poser des conclusions favorables au criminel, croyant alors à l'acquittement de celui-ci, fut bouleversée de colère et d'indignation. Elle devint pâle, cyanosée, fut agitée de tremblements. « Cela ne peut s'expliquer », dit-elle. Jugement rendu, elle gagna sa maison, mais resta énervée, surexcitée, irritable. Cet état ne l'aurait pas quittée depuis.

Quinze jours après l'événement, la malade fut, sans que rien ne pût le faire prévoir, prise de soudaines nausées, suivies de vomissements alimentaires, accompagnées de frissons. Elle dut se coucher à cause des douleurs qu'elle éprouvait assez vives dans les avant-bras, les genoux, les pieds. Elle ne put plus mouvoir bras ni jambes. Dès le premier jour, il se produisit une flexion à l'angle droit de la jambe droite sur la cuisse, et, dans les jours suivants, le gros orteil s'infléchit en bas. Puis les autres orteils des deux pieds s'infléchirent et cette déformation alla s'accroissant. En même temps s'effectua la flexion des doigts des deux mains. Les vomissements alimentaires durèrent quinze jours. Jusque là les règles avaient été normales ; le jour des assises, jour où la malade devait les avoir, elles ne vinrent pas et ne reparurent que six mois plus tard. Depuis lors, la malade a de la dysménorrhée.

Un médecin appelé redressa le genou droit et le maintint avec des attelles. Les douleurs dans les membres persistèrent deux mois. La malade conserva les pieds en varus équin, et les mains fléchies sans pouvoir les étendre. En réalité, il n'y avait pas de raideur, mais il n'existait aucune force pour mouvoir les doigts. Au début, la jambe droite aurait été plus atteinte que la jambe gauche.

Etat actuel (23 novembre 1894). Constitution moyenne. Tempérament nerveux. La malade cause avec vivacité. Elle est intelligente et répond avec beaucoup de précision et de clarté.

Rien dans les membres supérieurs actuellement.

Les deux pieds sont en varus équin. Cette déformation est plus perceptible à gauche qu'à droite. Le pied droit est plus froid que le gauche. Les secondes phalanges sont fléchies à angle droit sur les premières, surtout au niveau des gros orteils qui forment une griffe plantaire.

La malade ne peut exécuter que quelques légers mouvements de flexion et d'extension des premières phalanges gauches sur le métatarse, sauf pour le gros orteil. Celui-ci et les autres phalanges gauches sont raides. Pas de mouvements à droite. Le pied droit est immobile sur la jambe. Le gauche peut faire quelques mouvements d'extension et de latéralité. Les genoux se plient bien. Les mouvements de la cuisse se font dans leur intégrité.

27 novembre. — Sous l'action de l'électricité, les muscles de la jambe ne se contractent pas.

20 janvier. — La malade quitte l'hôpital. Elle ne peut se tenir sur ses jambes. Elle fait quelques mouvements du pied sur la jambe, mais la position varus équin persiste et les orteils restent immobiles.

11 juillet 1896. — La malade est revue chez elle (cité des forges de Liverdun). Elle est dans sa cuisine, fait son ménage. Elle dit bien se porter, mais se plaint néanmoins du mauvais état de ses jambes. Cependant elle va et vient dans sa chambre, avec certaines précautions. Quand elle est debout, les deux pieds se placent en varus équin, ils se retournent sur leur bord externe, la pointe regarde en dedans et la malléole externe se rapproche du sol. A l'examen, on constate de l'atrophie des muscles des deux jambes, plus marquée à gauche qu'à droite. Les deux pieds sont en varus équin avec griffe plantaire. Le gros orteil gauche, en particulier, est entièrement fléchi et gêne beaucoup la malade dans la marche. Les deux gros orteils d'ailleurs, fortement infléchis, restent fixés dans leur position.

La malade peut fléchir et étendre un peu les pieds, effectuer quelques mouvements légers de latéralité, mais il lui est impossible de remuer les doigts. D'une façon générale, le pied droit est meilleur que le gauche, au début, c'est lui qui aurait été le plus malade.

Il persiste enfin une abolition totale des réflexes tendineux. Quand on pique la plante des pieds, la malade accuse bien nettement la douleur, mais il ne se fait aucun mouvement réflexe pour fuir la piqure.

Les symptômes, aussi visibles que précédemment,

sont ici encore plus nettement dessinés. Nous retrouvons dans l'histoire de cette dernière malade nos trois conditions pathologiques : même diathèse nerveuse héréditaire, émotion morale plus intense, car il s'y mêle de la colère, de l'indignation, une vraie résolution morale suivie plus tard de désordres physiques (fièvre, frissons, nausées, etc.) prodromes de la lésion terminale de dégénérescence nerveuse. Notre femme sujette aux accès d'emportement, très impressionnable (témoins cette syncope, cette obnubilation après refroidissement), impulsive fut adressée comme hystérique à la clinique de notre Maître. Les médecins qui l'avaient soumise à un premier examen avaient diagnostiqué une contracture hystérique. L'on a vu que la suite des phénomènes imposait de rectifier ce diagnostic.

Pas plus que nos deux autres malades, celle-ci n'est totalement guérie. La restitution nerveuse *ad integrum*, se ferait-elle, mettrait encore longtemps à s'accomplir.

D'autres caractères communs à toutes les trois, sont à dégager de ces observations de polynévrite, abstraction faite de la cause occasionnelle émotive, sur laquelle plus loin nous reviendrons une dernière fois. C'est d'abord même période prodromique, « chez nos trois malades la polynévrite a été, pendant plusieurs semaines, précédée de symptômes généraux, dépression, malaise, vomissements, frissons etc., c'est-à-dire qu'un état général probablement infectieux a précédé la localisation sur les nerfs périphériques (Bernheim, *loc. cit.*). Ce sont ensuite des symptômes semblables : douleurs dans les membres, engourdissement, fourmillement, impotence croissante, atrophie musculaire, déformation en varus équin, rétraction tendineuse des fléchisseurs, diminution sinon abolition de réflexes patellaires, tous signes de polynévrite

motrice périphérique. Celle-ci est donc incontestable chez nos trois malades prises, au prime abord, l'une pour une tabétique à crises gastriques, les deux autres pour des hystériques à contracture, à paraplégie. Une émotion morale ayant devancé l'apparition de la névrite, faut-il conclure que ces névrites résultent d'une commotion dynamique des nerfs frappés par le choc moral ? Non, exclusivement ; nous le savons maintenant. Nos trois exemples semblent légitimer cette pensée que « la diathèse nerveuse a créé un terrain favorable à la faveur duquel les microbes inoffensifs de l'organisme sont devenus virulents et ont fabriqué la polynévrite. J'ai vu, ajoute M. le Professeur Bernheim, deux fois une névrasthénie probablement infectieuse se compliquer de diplopie due à une névrite musculaire d'un œil qui persiste plusieurs mois et guérit en même temps que la névrasthénie. On peut donc dire que la diathèse nerveuse ne fait pas seulement de la névrasthénie et de l'hystérie, elle fait aussi des maladies organiques du système nerveux. »

Quant à la cause morale émotionnelle, nous n'ignorons plus quels désordres fonctionnels une émotion foment. L'Élément nerveux dynamique, au terme de cet ouvrage, n'est plus un vain mot. Cependant, convenons que dans le cas présent, il lui faut *s'adjoindre* ou *se faire suivre* d'agents infectieux ou toxiques. Encore une fois la perversion de la fonction, quelque durable, quelque forte qu'elle soit, ne peut engendrer d'altération de l'organe, si elle n'est point secondée d'actions pathogéniques ultérieures, suscitées en quelque sorte par elle, dans telles circonstances seulement, quand le terrain se prête à l'évolution de ces agents morbides. L'exaltation motrice d'un

muscle développe une exagération de son volume ; a ce compte, est-ce là un fait pathologique ? Nécessaire est une intervention microbienne, direz-vous ? Mais encore, nous sommes tous, à l'état normal, pourvoyeurs et porteurs de microbes ; leur présence constitue-t-elle un danger immédiat pour cela ? Non pas. C'est pourquoi à la réalisation des maladies, suite d'émotion morale, la liaison des trois conditions pathogéniques par nous établies, est indispensable ; l'un ou l'autre de ces facteurs est séparément impuissant.

Un quatrième cas est à rapprocher des trois précédents. Il est remarquable par l'absence de tous symptômes généraux précédant la lésion du nerf atteint. Quant à la femme qui en est l'objet, elle est manifestement hystérique, éminemment suggestible, excessivement impressionnable. A la suite d'émotions, de chagrins, une névrite du membre inférieur gauche s'est produite. L'impotence fonctionnelle, due à une exagération dynamique d'un symptôme réel, a été guérie par la suggestion. La malade n'offrait pas non plus de déformation des extrémités inférieures.

OBSERVATION LXXII

(Recueillie au service de M. le professeur BERNHEIM.)

Névrite des membres inférieurs d'origine émotive chez une hystérique.

Augustine I..., âgée de 30 ans, ouvrière en chaussures. Mariée deux fois. Trois enfants morts, les deux premiers de méningite et de gastro-entérite.

Vient consulter à l'hôpital le 28 juillet 1896.

Antécédents. — Elle a une sœur cadette qui a présenté quelques manifestations hystériformes (voir Observation XXXV). Elle-même a toujours été nerveuse, impressionnable. Elle aurait eu dans son en-

fance quelques crises convulsives à la suite de frayeurs, et récemment encore lors de ses chagrins.

Historique. — Le 23 novembre 1895, trois jours après le départ pour le régiment de son mari qu'elle aime beaucoup, départ dont elle conçut un vif chagrin, elle accoucha difficilement d'un petit garçon. Durant sa grossesse, elle avait éprouvé de fortes crampes musculaires dans les membres inférieurs.

Après ses couches, elle demeura toujours un peu souffrante, faible des jambes, marchant peu, lorsque le 27 janvier elle perdit son enfant. Cette nouvelle émotion la trouva ainsi dans un état de réceptivité morale. La mort de son enfant lui causa une grande peine; elle se vit seule, son mari parti assez loin. Dans diverses circonstances elle aurait éprouvé des refroidissements, se trouvant dans des endroits humides. Elle aurait eu des frissons.

Les règles réapparurent pour la première fois depuis ses couches seulement au mois de mars. C'est vers cette époque qu'elle ressentit de la faiblesse dans les deux jambes : cette faiblesse était plus marquée dans la jambe gauche. Elle alla croissant.

La malade eut dans ses moments d'impatience, de fortes sensations constrictives à l'épigastre, sans agitation convulsive consécutive. Ce serrement pénible se renouvela à plusieurs reprises.

En avril, la faiblesse dans la jambe gauche devint manifeste. Des douleurs apparurent dans le mollet, lancinantes, discontinues. La malade n'éprouva aucuns symptômes généraux, ni fièvre, ni rachialgie, ni vomissements; elle n'eut pas même de fourmillements ni d'engourdissements dans le membre inférieur gauche.

Il lui coûtait surtout de descendre les escaliers. Lorsqu'elle voulait courir, sa jambe fléchissait; la malade devait s'appuyer pour ne pas tomber.

Cette femme, petite, chétive, pâle, est douée d'une impressionnabilité et d'une suggestibilité très grandes. Elle est incapable de résister à toute impression un peu forte; c'est ainsi qu'à l'état de veille on lui donne des attitudes cataleptiformes qui ne se résolvent que par l'action d'une volonté étrangère. Si vous levez en l'air le bras de la malade, tout en lui parlant, elle répond très bien, sans penser à son bras et le laissant dans la situation que vous lui avez imprimée.

Cette suggestibilité fait penser immédiatement à une paraplégie dynamique. L'examen de la jambe révèle une sensibilité très vive au toucher du mollet. La jambe droite se soulève à 75 centimètres au-dessus du plan du lit, la gauche à 35 centimètres seulement. On

peut obtenir des trépidations réflexes indéfinies aux deux pieds. Elles sont mises aussi sur le compte de la névrose. Par l'excitation de la voix et du geste, l'entraînement suggestif actif à l'état de veille que nous avons déjà décrit, on parvient à restaurer la marche chez la malade. Il est inutile d'ajouter qu'elle est aisément hypnotisable, hallucinable, cataleptisable, etc. On lui atténue ainsi ses douleurs par suggestion. Elle n'accuse ni troubles sensoriels, ni troubles psychiques. Les viscères sont indemnes. En quelques séances, elle est elle-même surprise de se sentir et de se voir marcher.

Nous-même nous l'avons endormie et entraînée les 14, 17 et 19 août. Elle allait très bien. Cependant nous avons déjà été frappé de ce fait qu'elle traînait toujours la jambe gauche et qu'à cette époque (août), les réflexes rotuliens étaient abolis. Le diagnostic d'hystérie pure ne nous semblait pas rigoureux, même ajouté à celui de myélite des cordons latéraux qu'on avait posé tout d'abord concurremment.

La malade ne revint plus; nous l'avions oubliée, lorsque le 14 janvier elle entra de nouveau à l'hôpital, se plaignant d'avoir le ventre gonflé. Elle n'avait plus ses règles depuis deux mois, quoique, disait-elle, il n'y eût pas à cet arrêt de cause physiologique.

La malade, dans le temps, aurait eu des parésies fugaces des deux mains pendant 4 mois, et récemment de la paraplégie. Tout cela avait permis de poser le diagnostic d'hystérie, de dynamisme. L'impotence fonctionnelle avait guéri. La malade marchait assez bien; mais en l'examinant soigneusement, il fut remarqué qu'elle traînait la jambe gauche manifestement. Elle n'accusait pas de douleurs; mais une atrophie musculaire de la jambe gauche était assez visible. En mesurant, on trouva 28 centimètres de circonférence pour le mollet gauche, 29 centimètres $1/2$ pour le droit. Pas d'équinisme. Pas d'autres symptômes. La sensibilité est normale. Les réflexes sont abolis. L'examen fait au service d'électrothérapie a donné ce qui suit: Aucune réaction de dégénérescence; l'excitabilité galvanique et faradique des muscles du membre inférieur gauche est identique à celle des muscles du membre inférieur droit.

La malade, traitée suggestivement pour la réapparition de ses règles et la suppression de ses douleurs vagues hypogastriques, a quitté l'hôpital à la fin de janvier, prétendant qu'elle y perdait l'appétit.

En dépit de l'absence de réaction d'Erb, le diagnostic de névrite paraît seul probable; cette névrite s'est développée sur un terrain très propice. La susceptibilité même d'un tel terrain a permis d'en-

raier le processus morbide, sans doute infectieux, quoiqu'il n'y ait eu ni fièvres, ni symptômes généraux.

L'obstacle à ce processus fut la dynamogénie suggestive, ou mieux le dynamisme nerveux rétabli par cette dynamogénie. La marche en effet fut réparée par elle, les douleurs effacées. Notre femme était une hystérique, une suggestible avérée ; elle gardait ses impressions un temps assez long sans les traduire ni les manifester. Les émotions morales prolongées ont donc agi en déprimant les conditions du terrain nerveux. L'infection peut évoluer sans pyrexie d'ailleurs. La phase des trépidations du pied est en rapport avec l'imprégnation toxique des cordons latéraux et des cellules excito-motrices de la moelle ; l'abolition ultérieure de la réflectivité patellaire correspond à la fixation définitive sur les nerfs moteurs de la jambe.

Il serait faux d'admettre là un trouble purement dynamique.

Au total, malgré l'absence de phénomènes pyrétiques, nos trois conditions pathogéniques, diathèse, émotion, infection probable, se retrouvent dans cette observation.

Enfin, sous l'influence d'une suggestion active, on a rétabli la marche de cette malade. Serait-ce la suggestion qui par son action dynamogénique aurait enrayé les progrès de l'évolution organique ? On ne peut l'affirmer. Le fait demeure ; les interprétations sont variables.

Ici prend fin l'analyse descriptive et symptomatologique de l'élément nerveux dynamique. Nous arrêtons l'histoire anecdotique et naturelle de l'idée, de l'émotion,

dont nous avons pu suivre le rôle d'importance croissante, soit isolément, soit primitivement, soit concurremment à d'autres faits morbides.

Il nous faut voir comment on recherchera cet élément, comment on le distinguera dans la foule des affections cliniques.

DIAGNOSTIC

La recherche de l'élément nerveux dynamique psychique dans toutes les maladies constituerait un long chapitre de pathologie. Nous n'avons pas dessein d'écrire ce chapitre ; car nos observations précédentes sont, à notre sens, assez éloquentes en elles-mêmes. Et puisque le dynamisme psychique est dans toutes les affections, nous ne passerons pas en revue un tel ensemble.

Notre description établit indiscutablement l'existence de ce dynamisme. Le médecin ne devra plus l'ignorer. Il admettra son éventuelle intervention dans les symptômes qu'il aura sous les yeux ; il sera clinicien et psychologue pratique.

Nous n'examinerons donc que plusieurs alternatives où le diagnostic est en suspens.

A bon droit l'on hésite, en présence d'un phénomène nerveux, à poser un diagnostic aussi prompt que sûr et que définitif.

Soit douleurs, paralysies, contractures, soit convulsions, anesthésies et tics, le symptôme est de nature organique ou dynamique.

La douleur par exemple ! Le plus souvent le diagnostic est facile. Si les signes de la lésion organique, ou de la névralgie ou d'une intoxication quelconque sont évidents, on déclare qu'il s'agit d'un cancer, d'une névralgie, de douleurs saturnines, etc.

Si ces signes ne sont ni visibles, ni tangibles, le dia-

gnostic est en arrêt. La névralgie n'a pas toujours un caractère net de précision. Il est, dans bien des circonstances, malaisé de la reconnaître comme étant de source exclusivement organique. Les sujets très impressionnables présentent, sous l'influence des questions et des investigations répétées des médecins, les symptômes que celui-ci veut découvrir. Un malade soupçonné de sciatique ne sait s'il existe sur le trajet du nerf dont il souffre des points particulièrement douloureux à la pression ; cependant vous comprimez une zone de fantaisie, ne correspondant pas à l'émergence des rameaux nerveux, soit au pli fessier, soit au creux poplité, et vous lui dites avec une certaine insistance : « C'est là, n'est-ce-pas, qu'est l'endroit le plus sensible, que ça fait le plus mal ? » S'il est nerveux, susceptible, il se pourra qu'il réponde affirmativement en manifestant une vive douleur ; quand l'exploration des points classiques est également pénible, on pensera qu'une telle sciatique est probablement réelle mais entachée d'exagération psycho-dynamique. L'impressionnabilité d'un malade est ainsi digne d'être remarquée ; elle entre en ligne de compte dans le diagnostic. Ce qu'antérieurement nous avons appelé *suggestion médicale* offre aussi quelque importance. ■

Déjà nous avons jugé du rôle qu'elle tient dans les affections stomacales et abdominales. Le médecin extériorisant ses propres conceptions, découvre des douleurs xyphoïdienne, sternale, rachidienne, ovarique qu'il croit caractéristiques. Il imprime lui-même sur la peau du malade de telles sensations douloureuses. Nous savons quoi penser de la prétendue valeur spécifique de pareils symptômes dont une estimation hâtive et négligente serait nuisible à l'exactitude du diagnostic.

Ensuite il est bon de se rappeler que des douleurs purement dynamiques, survenues chez un hystérique, peuvent imposer. Elles prêtent, parfois, confusion avec des crises gastriques tabétiques réelles, des coliques néphrétiques, hépatiques, appendiculaires. Certains lancinements douloureux sont tenus pour des douleurs fulgurantes præataxiques. Et réciproquement de pareilles douleurs liées à des maladies organiques sont regardées comme étant de nature hystérique, car il se peut qu'elles dominent les symptômes sincères. Un jugement inexact seul porterait à croire d'essence inorganique toute douleur manifestée par un névropathe ; tout n'est pas hystérique chez un hystérique. Il ressort de l'histoire de nos polynévrites que de véritables lésions nerveuses, trahies au début par des douleurs, naissent et grandissent sur un terrain diathésique nerveux qu'un choc émotif a remué. D'un autre côté, un malade porteur d'un mal dûment organique est capable de devenir impressionnable, agité, hystérique. C'est dire quelle difficulté l'on éprouve souvent à faire la part psychique et la part organique dans un symptôme nerveux. Par bonheur la psychothérapie est fréquemment le meilleur instrument de diagnostic, puisque la dynamogénie suggestive rétablit l'équilibre psychodynamique, puisque à armes égales, contre l'idée pathogène et pathologique lutte l'idée, agent dynamogène ou inhibiteur. Cependant, comme il est prouvé que cette méthode de traitement guérit aussi certaines douleurs réelles et en rapport avec une lésion de structure, que l'essai de la suggestion dans plusieurs opérations chirurgicales pour suppléer les anesthésiques usuels, a démontré son efficacité, elle n'est pas toujours un moyen infaillible de dépister l'unique psychodynamisme.

Néanmoins elle est indiquée. Et si une pseudo-névralgie tenace est, après quelques séances suggestives, *définitivement* effacée, on conclura d'une telle absence de récidives trop rapprochées qu'il n'y avait pas de lésion bien considérable, si, du moins, il en était une.

On n'omettra pas non plus de songer à l'influence que le dynamisme psychique exerce en dehors de la sphère psychique. *Le trouble fonctionnel dans les maladies des centres nerveux dépasse souvent le champ de la lésion anatomique*; celle-ci retentit par choc ou irritation dynamique sur les fonctions des zones voisines. *C'est contre ce dynamisme modifié, indépendant d'une altération matérielle directe, que la psychothérapeutique peut être toute puissante* (Bernheim). En exemple, citons l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle de cause organique guérie par le dynamisme suggestif, les douleurs tabétiques atténuées et les crises d'épilepsie espacées par le même procédé. La suggestion incite le cerveau à faire inhibition à quelques phénomènes dynamiques greffés sur des lésions organiques, alors même que ce dynamisme, irradiation à distance de la lésion, n'est pas subordonné à l'idée.

Toutes ces considérations aideront à différencier les innombrables troubles nerveux, à reconnaître l'élément dynamique psychique sous la multiplicité même de ses aspects et à lui affecter le juste rôle qui lui appartient; en un mot, elles guideront le diagnostic.

Nous ne nous attarderons pas davantage sur les perturbations de la sensibilité. L'absence de sensibilité ou anesthésie a été discutée à propos de l'observation de Léonie B. Nous ne reviendrons pas sur l'opinion que nous avons émise.

Quant aux troubles moteurs, des avis identiques à ceux qui viennent d'être énoncés leur sont applicables. Retenons que les hémiplégies, les contractures dynamiques se distinguent des autres généralement et surtout par la non-exagération de la réflectivité tendineuse (Bernheim), par la contradiction flagrante entre la possibilité de certains mouvements et l'apparente paralysie du membre qui effectue ces mouvements, par le caractère enfin de totalité, de brusquerie de la contracture et par l'allure non fauchante de la marche. Ici encore une exagération dynamique dénature quelques fois les symptômes vrais. Ici encore la psychothérapie sera la pierre de touche du diagnostic chez un hémiplégique de passé névropathique, sur lequel des commémoratifs tels que syphilis, artério-sclérose, affection cardiaque font peser des présomptions ; elle ne restaurera pas intégralement la motilité, mais dans quelque mesure. Ainsi elle dégagera le dynamisme hystérique de sa contracture. Son inefficacité vis-à-vis les paralysies faciales démontre qu'elles ne sont jamais purement dynamiques. Un hystérique ne « simule » pas une ptose unilatérale de la paupière, du strabisme, de la dilatation pupillaire, encore qu'une observation allemande veuille le faire admettre.

OBSERVATION LXXIII

(in *Neurolog. Centralblatt*. D^r Jasienski.)

Paralysie glosso-labiale hystérique. — Athétose hystérique double chez un jeune garçon.

Un garçon de 13 ans perdit subitement à la suite d'un rêve terrifiant la parole et la faculté de mouvoir ses extrémités. Une de ses sœurs louche et est stupide.

Etat actuel. — Paralysie du facial inférieur, mais les mouvements automatiques dans la zone de ce nerf sont normaux (le rire par ex.).

Les mouvements latéraux de la langue sont compromis. Lorsque le malade la tire, elle tremble. La parole est très embrouillée ; dans les premiers jours de son séjour à l'hôpital amnésie, quoique le sensorium fût normal. Lorsqu'il essaye de parler et fait un effort, la tête accuse des secousses rythmiques. De temps en temps tremblement de tout le corps. Faiblesse croissante des deux extrémités supérieures, tremblement de la main gauche qui gagne les doigts lorsqu'ils sont en extension. Dans la main droite, surtout dans les efforts d'extension, mouvements rythmiques assez lents, athétosiques de flexion et d'extension des doigts ; dans la main gauche en même temps se font d'identiques et lents mouvements d'abduction et d'adduction. Pied droit, talus et pied gauche équin par suite de contracture musculaire. Démarche spastique ; impossibilité de se tenir debout. Sommeil agité, comme si le malade avait des visions. Sensibilité, réflexes, intelligence et fonctions autres du système nerveux et des viscères absolument intacts.

D'après les propres termes de l'auteur allemand, l'étiologie de ce cas serait « indubitablement hystérique ». La paralysie combinée du facial et de l'hypoglosse, d'origine aussi hystérique, serait envisagée comme « une grande rareté ».

A l'encontre de cette opinion, il nous semble que cet enfant possède les signes d'une paralysie spasmodique infantile survenue à la suite d'une encéphalopathie restée ignorée, néanmoins probable. La démarche spastique est sous la dépendance d'une lésion cérébro-spinale. L'écllosion de ces faits morbides a pu d'ailleurs être favorisée par la diathèse nerveuse.

Pour des raisons analogues, le cas rapporté par M. Catrin à la Société médicale des hôpitaux en novembre 1896 nous paraît inexactement nommé hystéro-traumatisme. Il s'agit d'un homme de 22 ans qui « en perforant une pièce de métal avec une mèche, laissa échapper cet instrument qui pénétra dans la bouche et produisit une plaie de la joue droite. Perte de connaissance durant

deux heures, suivie de vomissements alimentaires et bilieux. Le lendemain matin, hémiplégie droite survenue brusquement dans la rue, amélioration dans la nuit, puis rechute plus grave le lendemain. Deux jours après, perte de la parole, trismus, opisthotonos, céphalée intense ; dilatation pupillaire droite avec insensibilité à la lumière et à l'accommodation, exagération des réflexes à droite. Comme il existait sur la voûte une ecchymose, on se demanda s'il n'y avait pas eu perforation du voile et trauma de la base ayant produit une hémorragie. Un amendement assez rapide de tous les symptômes s'est produit depuis, mais on a vu survenir une atrophie en masse des membres supérieurs et inférieurs droits. »

L'hémiatrophie musculaire, les troubles pupillaires, l'exagération des réflexes, la paralysie du facial inférieur ne relèvent pas de l'hystérie, ne sont pas des troubles dynamiques. Cela est de toute évidence, même aux yeux de M. Catrin. Pourquoi alors faire intervenir l'hystérie ?

C'est encore l'hystérie qu'à tort on incrimine dans un troisième exemple. Nous le donnons pour achever de faire ressortir l'indécision de certains auteurs qui en face de troubles nerveux mal définis évoquent cette névrose « simulatrice ».

OBSERVATION LXXIV

(In. *Gaz. Hebd.* du 17 déc. 1896.)

Hystérie à forme de scléroses en plaques.

N. J. . . , 26 ans, plongeur, entre le 7 octobre 1896 dans le service de M. le professeur Boudet, suppléé par le docteur Sallès, chef de clinique. On ne trouve pas trace de nervosisme parmi ses ascendants ni ses collatéraux, mais son père était très alcoolique.

Célibataire ; pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

S'est bien porté jusqu'en 1891. Le 16 mai de cette année, à l'occa-

sion d'une contrariété, le malade, qui depuis plusieurs semaines avait des palpitations et souffrait de la tête depuis quelques heures, perdit connaissance en montant un escalier et roula une quinzaine de marches. On lui aurait raconté qu'il avait dans sa chute poussé un cri, puis écumé. Le même jour, 9 heures plus tard, deuxième crise, mais sans perte complète de connaissance.

Depuis, les attaques se sont succédé au nombre de 2 à 4 par 24 heures, sans laisser de répit de plus de un à deux jours. En outre, fréquents étourdissements surtout pendant la première sortie du matin.

Les auras consistent en une sensation de constriction de la poitrine et de boule remontant au gosier, quelquefois ballonnement de l'abdomen. Puis J... tombe par terre; il a quelques mouvements toniques uniformément généralisés et des mouvements cloniques. Après la crise, il aurait des idées tristes ou terrifiantes.

Par périodes de 3 semaines, les crises sont plus complètes, plus rapprochées et J... a de l'incontinence nocturne d'urine. L'hydrothérapie les a espacées.

J... est un homme de petite taille, à front bas, mandibule très développée, face légèrement asymétrique, assez intelligent, très émotif, pleurant facilement.

Sa parole est pénible, embarrassée, nettement spasmodique, mais non régulièrement scandée. A voix basse, en dehors de toute cause émouvante, des mots entiers peuvent être prononcés normalement, avant que le verbe ne s'échappe à une labiale ou à une sifflante, qui réveille le spasme et détermine un bégaiement anxieux avec contractures des muscles de la face. Ce symptôme est ancien; il a débuté progressivement, il y a 2 ans, sans aphasie préalable; de plus il n'existe aucun trouble moteur de la langue en dehors du langage.

Depuis la même époque, J... marche difficilement; au moment de l'entrée, sa démarche était titubante et nettement spastique. Maintenant elle n'est que mal assurée. Le même caractère se retrouve dans la station debout sur une jambe, les yeux étant fermés.

Les membres supérieurs sont animés d'un tremblement massif, nul au repos, en dehors des émotions, nul aussi quelquefois pendant les mouvements de petite amplitude, un peu plus rapide et peut-être plus égal que dans la sclérose en plaques lors des mouvements de grande étendue ou qui demandent une certaine précision. Certains jours, il se produit plus facilement, soit sans cause directe, soit sous l'influence des contractions statiques. Les mains étendues

sont animées d'oscillations massives sur leur axe longitudinal, même pendant le décubitus, lorsque le malade paraît plus émotif que d'ordinaire, soit pendant la marche. C'est sous cette modalité qu'il aurait débuté 2 ans environ après les premières crises.

L'ensemble graphique de l'écriture de J... est moins accidenté que dans la sclérose en plaques.

Tous les réflexes tendineux sont notablement exagérés. Le réflexe plantaire se transforme parfois en secousses désordonnées du membre inférieur. On obtient avec la plus grande facilité le clonus du pied et du genou. La trépidation est réveillée par une percussion des muscles de la cuisse, arrêtée par commandement obligeant le malade à contracter fortement tous ces muscles, ou par flexion du gros orteil.

Aucun muscle ne présente de tremblement fibrillaire. Le dynamomètre donne 25 à droite et 15 à gauche. La circonférence de l'avant-bras droit est de 27 centimètres, celle du gauche de 26. Aux mollets on trouve à 34 à droite et 32 à gauche.

Anesthésie pharyngée; quelques retards de perception aux deux avant-bras et au bras droit; zone d'anesthésie à la face externe du mollet gauche.

Champ visuel très rétréci: Pas de scotome central. Amblyopie bilatérale égale. Fond de l'œil normal. Myosis permanent avec parésie de la réaction à la vision de la lumière et des objets éloignés. Légères secousses nystagmiformes dans les positions extrêmes des globes oculaires. Dyschromatopsie sauf pour le rouge.

Rien d'anormal dans les viscères.

M. Bonne, interne des hôpitaux, à Lyon, conclut de l'examen approfondi de tous ces symptômes qu'il y a là une succession de manifestations hystériques. Ce malade nous paraît avoir eu d'abord des attaques d'épilepsie; la morsure de la langue, l'écume à la bouche en sont des témoignages. L'exagération notable des réflexes, l'atrophie ne sont pas du domaine de l'hystérie. Peut-être, les troubles sensitivo-sensoriels lui seraient-ils imputables. Le diagnostic ferme de sclérose en plaques s'impose. Les tremblements oscillatoires, les secousses désordonnées

des membres ne sont pas pour infirmer cette manière de voir. L'hydrothérapie n'eut qu'une action faible sur l'évolution des symptômes. Un essai de suggestion aurait pu déterminer la valeur réelle de ~~deux~~ ceux-ci.

Il est donc urgent de se garder de toute tendance à accuser l'hystérie de syndromes nerveux peu caractérisés. On a vu que sous son étiquette nous sont arrivées deux de nos polynévrites.

Ces deux excès sont condamnables : ne voir dans un trouble nerveux imprécis qu'une manifestation uniquement psycho-dynamique ou n'y voir qu'une manifestation d'origine organique seule.

Il faut équitablement départir l'action du psychisme, du nervosisme, de l'imagination si l'on préfère, et ne pas exalter son importance, autant qu'il est bon de se rendre à l'évidence d'une lésion anatomique.

L'étude des antécédents héréditaires et personnels, des milieux, enfin l'usage judicieux et patient de la méthode suggestive serviront au mieux les intérêts du médecin qui veut être éclairé sur le dynamisme psychique d'une maladie.

PRONOSTIC

Le pronostic varie selon que le dynamisme nerveux est seul ou accolé à une maladie organique.

D'une façon générale, il paraît bénin dans le premier cas. Il n'est personne de nous qui n'ait subi des troubles fonctionnels, des troubles dynamiques nerveux, au moins transitoires. La plupart d'entre eux évoluaient sans laisser d'empreinte évidente, et cessaient d'eux-mêmes. Une sensation chasse une sensation, une idée déplace une idée. Nous avons tous plus ou moins des tics qui ne durent pas. Nous sommes tous les jouets d'habitudes qui se dénouent spontanément.

Tics et habitudes ne sont pris par nous en considération que lorsqu'ils sont *durables*. La *durée* donne au pronostic des désordres dynamiques un aspect déjà sérieux. La biologie enseigne que la fonction fait l'organe. Heureusement, les modalités fonctionnelles, les faits dynamiques ne déterminent qu'à très longue échéance, rarement des modifications organiques seulement essentielles et profondes si le concours d'agents infectieux vient renforcer leur action.

Néanmoins dans notre symptomatologie il est décrit des cas où l'idée devenue impérieuse détient le champ sensoriel conscient. L'obsession, née sur un terrain névrasthénique ancien, a les caractères graves d'une vraie aliénation mentale. Que l'hérédité ait encore préparé ce terrain, l'idée obsédante est incurable.

Le plus souvent, la même auto-suggestion se reproduit. Le malade cède aux impressions morbides imparfaitement effacées qui se renouvellent. Un premier désordre dynamique a, de par sa réalisation même, tendance à se reformer. L'habitude le veut. La *possibilité de récidives* assombrit le pronostic des affections nerveuses, et mentales dynamiques. Elle dépend de l'intensité et de la durée de l'impression causale ; elle est sous la condition de la répétition d'émotions qui ont fait surgir les premiers troubles. En troisième ligne, elle dépend encore du traitement institué à l'origine. Souvent celui-ci mal dirigé amende certains symptômes momentanément, mais ne remédie pas à l'auto-suggestion provocatrice : les enveloppements froids employés contre les crises convulsives d'hystérie peuvent les enrayer quelque temps ; elles reprennent souvent dès que le traitement cesse ; la suggestion serait-elle jointe à ces enveloppements, que les crises s'arrêteraient définitivement, car la cause auto-suggestive serait atteinte.

Nous avons examiné dans des pages précédentes si un trouble dynamique *accidentel* était capable d'altérer la structure d'un organe. Pareille altération, avons-nous résolu, exige, outre un terrain nerveux convenable, une ingérence microbienne, toxique. Le pronostic d'un choc émotif violent chez un diathésique nerveux avéré serait incomplet s'il omettait cette éventualité.

S'il s'agit d'un trouble dynamique *persistant*, on fera des réserves. L'anorexie nerveuse, tardivement bien traitée, a pu avoir déjà des conséquences fâcheuses. Si donc exceptionnellement le trouble est irréductible, le pronostic sera franchement mauvais.

En second lieu, l'élément nerveux dynamique psychique

est allié à une affection organique ; le diagnostic fait, on notera leur influence réciproque. Généralement l'avenir d'une maladie réelle marquée de nervosisme est important. Chez un cardiaque, les crises psychiques doublant les accès vrais d'angine de poitrine ne laissent alors aucun répit au malade. Les convulsions, les névropathies abdominales résultant d'une déviation utérine se répercutent sur la santé générale, morale et physique. L'immobilisation à laquelle se condamne un sujet qui, atteint de névrite sciatique, s'abandonne à ses auto-suggestions, ferait de cet homme un impotent, si l'on n'intervenait activement. L'alimentation chez un dyspeptique dilaté devient plus difficile encore lorsque des douleurs auto-suggérées compliquent sa dyspepsie, sa dilatation. Les exemples abondent.

Quand le diagnostic du dynamisme psychique n'est pas établi, le traitement se ressent de cette méconnaissance, le pronostic également. Une épilepsie mêlée d'hystérie a une allure parfois déconcertante ; le diagnostic hésite, la médication est différée, les attaques se multiplient. Le pronostic comme le diagnostic est donc étroitement lié au traitement.

Avant de passer à l'étude de celui-ci, signalons les cas particuliers où une *contre-suggestion* développée dans l'esprit du malade fait obstruction à toute tentative thérapeutique. Le trouble dynamique semble alors irrémédiable, l'idée sera péniblement détruite. Le pronostic sera douteux.

TRAITEMENT

Les troubles dynamiques consistent en une exagération de la dynamogénie et du pouvoir d'inhibition des éléments nerveux. Dans un cas, il se produit des perturbations motrices ou sensitives positives, dans l'autre un arrêt de la motilité et de la sensibilité. La cause, nous le savons, c'est l'élément nerveux dynamique, ce mélange d'émotion et d'idée, cette action idéo-sensitive ou idéo-motrice.

Pour rétablir l'ordre dans la fonction nerveuse, l'harmonie dans la cérébration, un traitement dynamogénique sera évidemment nécessaire. Le plus naturel, le meilleur, c'est la suggestion sous toutes ses formes.

Le mécanisme de la suggestion thérapeutique n'est autre que l'action de l'idée sur la fonction. Elle est une thérapeutique « presque exclusivement fonctionnelle. Le champ est vaste des maladies purement fonctionnelles dans lesquelles l'altération organique n'existe pas ou du moins est dominée par le désordre purement fonctionnel... La plupart des névroses sont justiciables de la psychothérapeutique. Un malade, à la suite d'une chute, a une douleur dans la jambe ; cette douleur, perçue par le sensorium, réagit par un acte de réflexe cérébral ou cérébro-spinal sur les nerfs moteurs de la jambe et détermine une contracture. La suggestion annihile la douleur ou l'empêche d'être perçue : on conçoit qu'elle puisse ainsi empêcher la contracture réflexe de se produire... L'organe psychique, actionné par elle, fait œuvre d'inhibi-

tion ou de dynamogénie. Tout le dynamisme fonctionnel de l'organisme commandé par les cellules nerveuses, transmis par les fibres conductrices aux organes, est subordonné dans une certaine mesure à l'action consciente ou inconsciente des cellules psychiques : l'esprit gouverne, le corps obéit. » (Bèrnheim.)

L'idée est introduite, thérapeutiquement, par quelqu'un dans le cerveau du malade. Si celui-ci l'accepte, il y a *suggestion réelle*, s'il la réalise, *suggestion effective*.

La plus simple est la suggestion *verbale*. Habituellement les idées se présentent à nous incarnées dans des mots ; la parole qui a une puissance couramment appréciable est ainsi utilisable d'une façon curative.

Les autres modes procèdent de la suggestion verbale.

Par suggestion verbale on provoque l'hypnose. Ce moyen fondamental appartient à l'Ecole de Nancy.

L'hypnose place le sujet dans un état de réceptivité plus grande à d'autres suggestions. Les idées qu'on déposera dans son cerveau seront adoptées d'un manière sûre. La suggestibilité qui, réalisant l'idée de sommeil, a favorisé l'hypnose, est accrue du fait de cette hypnose. Les suggestions qu'on effectuera porteront alors dans leur ensemble la dénomination de *suggestion hypnotique*.

Si l'hypnotisme constitue le procédé qui frappe le mieux l'attention publique, il n'est cependant pas le procédé unique, principal, qui soit toujours de choix. Certains esprits se rebutent devant l'idée de dormir afin d'être guéris ; pour elle, ils sont insuggestibles.

La suggestion qui consiste à incorporer l'idée thérapeutique à une chose concrète, et qui leur est offerte, sera dite *matérialisée*. Elle peut servir à endormir le

patient, à augmenter de la sorte, par ce sommeil artificiel, sa suggestibilité. « Tenez, fixez-moi cet objet brillant, vous dormirez dans cinq minutes ! » dirons-nous à quelqu'un. C'est du braidisme, c'est de la suggestion objectivée. Outre qu'elle est ainsi rendue tangible par l'objet brillant, le délai que nous lui avons assigné pour se produire l'a limitée dans le temps, cette suggestion. Elle atteint plus manifestement le sensorium du sujet. L'action de fixer exige de la part de celui-ci quelque activité ; mais elle est si minime que telle suggestion mérite encore la qualification de *passive*, en contraste avec ce qu'il faut entendre par suggestion *active*, comme il sera dit plus loin.

Si pour tel malade nous ne jugeons pas indispensable le rôle intermédiaire de l'hypnose, disons, en lui tendant un verre rempli d'un liquide inoffensif ou un cachet contenant une poudre inerte : « Prenez ceci qui vous guérira infailliblement. Toutes vos douleurs cesseront. » Cette suggestion *médicamenteuse* est très fréquente surtout lorsqu'elle est employée inconsciemment et de bonne foi par le médecin. Tous les médicaments n'ont pas la *vertu dormitive* attribuée à l'opium. Ils peuvent être efficaces seulement par la suggestion qu'on leur affecte.

La suggestion matérialisée se pratique à l'état de *veille* ou pendant l'hypnose. L'état de veille cependant est la condition la mieux assujettie au but primordial de ce moyen. Les ventouses, le thermo-cautère, le massage modéré, l'hydrothérapie, l'électrothérapie jouissent en quelques cas d'un pouvoir suggestif que leur confèrent la prescription médicale, involontaire ou non et le genre d'usage qui en est fait. La magnétothérapie, la métallothérapie paraissent emprunter toujours leur mérite à la

suggestion. La pression, la friction d'une zone douloureuse renforcées de l'affirmation verbale persuasive que la douleur s'évanouira insensiblement suffisent souvent à effacer une algie d'origine psychique. C'est déjà de la suggestion active. C'est aussi de la suggestion *indirecte* par opposition avec la courante suggestion verbale qui est *directe*.

Mais la psychothérapeutique véritablement active, M. le Professeur Bernheim l'a mise en honneur le premier scientifiquement sous les noms d'*entraînement actif à l'état de veille* et de *dynamogénie psychique*. Son principe est le suivant : fortifier l'idée thérapeutique par sa représentation *agissante*. En donnant à l'idée un commencement d'exécution, on incite le malade par la contagion de l'exemple à l'imitation active. La suggestion matérialisée n'est souvent qu'une traduction inerte de l'idée. Pour bien des cerveaux elle demeure lettre morte. L'entraînement actif est une incarnation vivante et mouvementée de l'idée thérapeutique. Il est d'observation banale qu'un réveil brusque agit vigoureusement chez un homme endormi ; l'excitation nerveuse forte parcourt avec rapidité toute la chaîne conductrice, si l'on veut, des neurones. L'idée imprégnée de stimulation, d'incitation par la voix et le geste actionne de même les cellules psychiques, et, par elles, toute l'échelle des cellules du système nerveux. Elle obscurcit en même temps certaines des sensations préexistantes, exerce une dérivation psychique salutaire. Le malade est arraché à ses impressions auto-suggérées où il se complait.

Le commandement énergétique fait pénétrer de force une idée active dans l'esprit du névrasthénique aboulique dont il relève ainsi l'initiative. Cet autre s'enferme-t-il

dans ses sensations qui lui rendent la marche difficile, pénible et font de lui un impotent ? On lui ordonne de se lever, on lui assure que le mouvement n'a pour lui rien de dangereux, qu'il peut se mouvoir, se tenir debout. On l'aide, le soutient dans ses premiers pas. On le tire, le pousse, en lui parlant à voix haute, d'un ton impérieux qui l'enlèvera à ses propres impressions ; pour tout dire on l'entraîne. Son idéation, son imagination sont ainsi violentées par l'exécution ouverte de l'idée même qu'il doit pleinement réaliser seul parce qu'il le peut, et sent qu'il le peut. Bientôt il se rend à cette *cure en action*. La résistance volontaire ou involontaire du malade n'arrêtera pas le médecin qui, infatigable, s'attellera à lui, le tirera de son inertie contemplative, le guérira quelquefois malgré lui.

Que l'on veuille bien se rappeler cette paraplégique, enlisée dans une torpeur morale, physique, intellectuelle que les médecins spécialistes de Paris avaient délaissée ! Notre Maître par l'entraînement, l'exercice quotidiennement développé, la dégagait de ses vaines terreurs, lui rendit la confiance et la marche. Mais détail que nous voudrions mettre en relief, cette dame, malgré qu'elle eût la volonté de guérir, sentait qu'elle ne le pouvait point. Elle se rendait compte elle-même que quelque chose s'opposait à son désir, à ses efforts. Il y avait — nous ne savons d'où ni pourquoi — inhibition à l'incitation motrice partie de la cellule psychique pour commander au nerf moteur. Le phénomène idéo-moteur subissait un arrêt dans son accomplissement. L'exercice dynamogénique curateur n'a pas, au cas particulier, agi par l'idée, par la représentation mentale seules ; mais il a agi en tant qu'excitation suggestive, soutenue, constante et

forte, qui leva l'obstacle à la conduction nerveuse surgi entre la cellule, point de départ, et le nerf du muscle à mouvoir, en un mot, rétablit le dynamisme.

D'autres fois l'*intimidation* seule sera de mise. On accapare ex abrupto l'attention d'un malade sur une impression saisissante qui anéantisse celles où il s'obstine. Nous avons entendu M. le Professeur Bernheim menacer du fer rouge certaines névrosées. « Ça brûlera votre douleur ! » disait-il. A d'autres il représentait qu'on les chasserait de l'hôpital si elles persistaient dans leurs maux de fantaisie. Ou bien, c'est par la moquerie, que touchant l'amour-propre de certaines femmes névropathes l'on parvient à ranimer leur susceptibilité, à raviver leur activité psychique.

D'une psychothérapeutique *offensive*, on passe enfin, s'il le faut, à une psychothérapeutique *d'expectation*. Lorsque tout effort est vain, on montre de l'indifférence pour les doléances du malade. Pendant quelques jours, à la visite du matin on passe devant son lit sans lui adresser la parole. On témoigne une apparente négligence qui doit aussi frapper sa vanité.

Le *traitement moral* est varié. Il a ses indications. Lorsqu'un trouble essentiellement dynamique est reconnu, ce traitement sera de rigueur. On guérit l'idée par l'idée. Par dynamogénie on restaure le dynamisme en souffrance.

Mieux que des conseils théoriques l'étude pratique et modeste de la psychologie d'un malade, l'habitude de cette étude amènent à découvrir quelle individualité psychique, quel esprit se cachent sous le corps que l'on palpe. La forme de traitement psychothérapique s'adaptera à chaque individualité. Nous avons vu l'effet bien-

faisant qu'imprime l'entraînement actif à une paraplégie dynamique, le profit que la maladie des tics retire de l'intimidation et de l'exercice, le bien-être que procure l'hypnose aux névropathies douloureuses. Mais une méthode ne sera pas exclusivement applicable à un cas donné. L'expérience psychologique pratique, quotidienne, sera, nous le répétons, le meilleur guide.

Le traitement moral a ses limites. S'il peut intervenir utilement dans les maladies purement fonctionnelles, son rôle est-il circonscrit à ce champ déjà si vaste ? Le fait organique disparu grâce à un traitement rationnel « la douleur peut survivre ; le système nerveux continue par une sorte d'auto-suggestion inconsciente à faire de la douleur, du tremblement, de la contracture.... Les mille et une douleurs, sensations, manifestations qui gravitent autour des lésions, déroutent le diagnostic, déconcertent la thérapeutique.... » (Bernheim.) Notre description nous a instruit du rôle efficace de la suggestion contre l'élément dynamique nerveux greffé sur une maladie organique ; cette efficacité retentit sur toute l'économie. L'état général d'un tuberculeux fatigué par l'insomnie se relève ou, du moins, reste stationnaire quand par la suggestion on lui restitue le sommeil réparateur. La médecine morale est symptomatique comme toute autre. Les agents spécifiques actuels sont rares, bien que nous espérons qu'un jour prochain ils dussent être nombreux. La suggestion, la psychothérapie agissent dans un but parallèle à toute autre méthode curative ; elles modifient la fonction et, par elle, atteignent l'organe lésé. Est-ce à dire qu'elles peuvent alors quelque chose contre la maladie organique elle-même ?

Nous nous contenterons d'en prévoir la possibilité car

dans l'état présent des choses, les preuves catégoriques manquent.

Un fait indéniable est que le dynamisme fonctionnel joue un rôle important dans toutes les maladies, les maladies nerveuses surtout : « la suggestion agissant par l'intermédiaire de l'organe psychique pour rétablir le dynamisme troublé peut atteindre une série de perturbations graves et opiniâtres liées en réalité à une simple modalité fonctionnelle bien qu'une lésion organique puisse les avoir déterminées à distance ». (Bernheim.)

Quoi qu'il en soit, le thérapeute, le médecin possèdent dans la psychothérapie une arme naturelle et de prix contre l'idée morbide.

Naturelle et ancienne, car « aujourd'hui, passant une revue rétrospective, on est surpris et persuadé du même coup de l'ancienneté de la méthode suggestive, justifiant une fois de plus le « nil sub sole novum » de l'Ecclésiaste. Si pourtant ! quelque chose de nouveau s'est produit et c'est l'application raisonnée, voulue, expérimentale, scientifique enfin de pratiques jusqu'ici inconscientes ou travesties, dénaturées par le plus grossier empirisme ». (Fontan et Ségard.)

Le mérite de l'Ecole de Nancy est, nous le savons, d'avoir innové cette application.

Elle a montré que ce qu'on appelle hypnotisme n'est pas un état anormal, pathologique expérimentalement créé, mais seulement la mise en activité d'une propriété normale du cerveau humain, la suggestibilité.

Elle a montré que cette suggestibilité physiologique s'exerce à l'état de veille ou de sommeil.

Elle a montré que, grâce à elle, le cerveau et, par son intermédiaire, le système nerveux, peuvent être incités,

au moyen de pratiques variables, à faire œuvre de dynamogénie et d'inhibition, c'est-à-dire des actes idéodynamiques dans un sens utile à la guérison, sinon au soulagement des maladies.

Vu :

Le Président de la thèse,

BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 6 février 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- Axenfeld et Huchard. — *Traité des névroses*.
- Azam. — *Les Rêves*.
- Azoulay. — *Psychologie histologique* (in *Année psychologique*, 1895).
- Barras. — *Traité des gastralgies et des Entéralgies* (Paris, 1828).
- Ballet (Gilbert). — *Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle* (*Soc. méd. des Hôp.*, 3 juill. 1891).
- Beaunis. — *Physiologie*.
- Beard. — *A practical treatise on nervous exhaustion* (1880).
- Berbès. — *Hystérie et traumatisme* (Paris, 1887).
- Berger. — *La Neurasthénie* (*Nervenschwäche*, Berlin, 1889).
- Bernheim. — *De la suggestion* (Paris, 1886).
- — *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie* (Paris, 1891).
- — *Articles divers in Revue de l'Hypnotisme* (1892-1893-1894).
- — *L'organisme humain* (*Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre 1892).
- Blocq. — *Etudes sur les maladies nerveuses* (Paris, 1894).
- Brissaud. — *De l'asthme essentiel chez les nécropathes*.
- Céry et Jandon. — *Sur un cas de myoclonus multiplex* (*Union méd. du Nord-Est*, 15 mai 1896).
- Cabanis. — *Rapports du physique et du moral* (Paris, 1884).
- Charcot. — *Leçons du Mardi* (1888-89).
- — *Tics et tiqueurs* (*Tribune médicale*, 1888).
- Charpignon. — *Etudes sur la médecine animique et vitaliste* (Paris, 1864).
- G. Dumas. — *Les Etats intellectuels dans la Mélancolie* (Paris, 1896).
- Exner. — *Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen* (1894).
- Féré. — *L'épilepsie*.
- — *La pathologie des émotions* (Paris, 1892).
- — *La famille nécropathique* (Paris, 1894).
- Fontan et Ségard. — *Médecine suggestive* (Paris, 1887).
- Fouillée. — *Evolutionisme des Idées-forces*.

- Freud. — *Weitere Bemerkungen über Abwehr-Neuropsychosen.* (*Neurol. Centrbl.*, 15 mai 1896).
- Galippe. — *De l'Obsession dentaire* (*Arch. de Neurol.*, janvier 1891).
- Grasset. — *Traité pratique du système nerveux* (Montpellier, 1886).
- Guyau. — *Education et hérédité* (Paris, 1889).
- Hack Tuke. — *Le Corps et l'Esprit* (Trad. franç., Paris, 1886).
- Irons. — *Descartes and Modern theories of Emotion* (*Phil. Rev.*, mai 1895).
- Janet (Pierre) — *L'automatisme psychologique* (Paris, 1889).
— — *Etat mental des hystériques* (Paris, 1892-1893).
- Lange. — *Les Emotions, étude psycho-physiologique* (1895).
- Lemaire et Lemoine. — *Etude clinique du Paramyoclonus multiplex* (*Revue de Médecine*, décembre 1889).
- Liébeault. — *Le Sommeil* (1886).
- Laveran. — *Un cas d'hystérie par fulguration* (*Soc. Méd. des Hôp.*, 30 oct. 1891).
- Lockart Clarke. — *On the intimate structure of the brain* (1868).
- Marschall Hall. — *Practical observations in medicin* (1845).
- Mathieu. — *Neurasthénie* (1892).
- Openheim. — *Psychoses traumatiques* (Berlin, 1889).
- Ribot. — *Les Maladies de la volonté.*
— — *Les Maladies de la mémoire.*
- Russel Reynolds. — *Remarcks on paralysies an others discorders of motion and sensation dependant of Idea* (*British med. journal*, 1869).
- Ségla. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (Paris, 1893).
- Soury. — *Les fonctions du cerveau* (1891).
- Spencer. — *Principes de psychologie.*
- Taine. — *De l'Intelligence.*
- Weir-Mitchell. — *Traitement de la Neurasthénie.*
- Wundt. — *Eléments de psychologie physiologique.*
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	1
Partie théorique :	
DÉFINITION ET NATURE DE L'ÉLÉMENT NERVEUX DYNAMIQUE .	8
ETIOLOGIE	17
Partie clinique :	
DESCRIPTION	27
DIAGNOSTIC	231
PRONOSTIC	241
TRAITEMENT	245
BIBLIOGRAPHIE	255



